

FORSIKRINGSAVTALELOVENS REGLER OM MELDEFRIST ETTER §§ 8-5 (1) OG 18-5 (1)

Det materielle innholdet og rimeligheten av reglene

Kandidatnummer: 359
Veileder: Hans Jacob Bull
Leveringsfrist: 25.11.2005

Til sammen 16 864 ord

01.05.2006

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>1</u>
1.1	Emne og problemstillinger	1
1.2	Rettskilder	3
1.2.1	Innledning	3
1.2.2	Loven (FAL 1989) og de aktuelle bestemmelsene i denne	3
1.2.3	FAL 1930	4
1.2.4	Forarbeider	4
1.2.5	Rettspraksis	5
1.2.6	Nemndspraksis	5
1.2.7	Selskapspraksis	7
1.2.8	Forbrukerpolitisk handlingsplan	8
1.2.9	Juridisk litteratur	8
1.2.10	Utenlandsk rett	9
1.3	Avgrensing	10
1.4	Veien videre	10
<u>2</u>	<u>EN REDEGJØRELSE FOR DAGENS RETTSTILSTAND</u>	<u>11</u>
2.1	En kort oversikt over innholdet i FAL §§ 8-5 og 18-5 og problemer som knytter seg til bestemmelsene.	11
2.2	En forklaring av noen forsikringsrettslige termer brukt i oppgaven	12
2.2.1	Skadeforsikring og personforsikring	12
2.2.2	Sikret og berettiget	14
2.3	Meldefristregelens materielle innhold	15
2.3.1	Innledning	15
2.3.2	Hva skal meldes?	15
2.3.3	Kunnskap ”om de forhold som begrunner” kravet	25

2.3.4	Nemndas skille mellom individuelle og kollektive forsikringer	32
2.3.5	Meldingens form	36
2.3.6	Konsekvensen av å ikke melde fra innen fristens utløp	37
2.4	Konklusjon	38
<u>3</u>	<u>EN KRITIKK AV DAGENS RETTSTILSTAND</u>	<u>39</u>
3.1	Innledning	39
3.2	Nemndas skille mellom individuelle og kollektive forsikringsavtaler	39
3.2.1	Innledning	39
3.2.2	Nemndas begrunnelse for tolkningen	40
3.2.3	Nemndas begrunnelse for skille	41
3.3	Gjør hensynene bak meldefristen seg gjeldende?	43
3.3.1	Hensyn	43
3.3.2	Gjør disse hensyn seg gjeldende i dag?	45
3.4	Løsningene i våre naboland	46
3.4.1	Innledning	46
3.4.2	Meldefristregler etter dansk rett	46
3.4.3	Meldefristregler etter svensk rett	48
3.5	Avslutning	50
<u>4</u>	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>53</u>

1 Innledning

1.1 Emne og problemstillinger

Emnet for denne oppgaven er forsikringsavtalelovens¹ regler om melding av det ”krav” en berettiget mener å ha ovenfor et forsikringsselskap. Reglene følger av § 8-5 (1) for skadeforsikring og § 18-5 (1) for ulykkes- og sykeforsikring. Bestemmelsene er reklamasjonsbestemmelser, eller fristbestemmelser som må overholdes for at den berettigede skal ha sitt krav i behold ovenfor selskapet, og kravet mot selskapet bortfaller dersom det ikke meldes til selskapet innen de frister loven oppstiller.

Da FAL 1989 ble vedtatt, var Justis- og politidepartementet av den oppfatning at man mer eller mindre skulle videreføre de regler man hadde i den gamle forsikringsavtaleloven² (FAL 1930). Departementet var av den oppfatning at de eksisterende reglene ikke syntes å lede til urimelige resultater i praksis³.

Reglenes rimelighet og berettigelse er imidlertid omtvistet – både når det gjelder § 8-5 (1), men kanskje mest i forhold til § 18-5 (1). Således vil oppgaven i hovedsak omhandle § 18-5 (1). Det viser seg at bestemmelsen i praksis ofte fører til svært urimelige resultater for den berettigede, som helt uforskyldt kan miste sin erstatning dersom meldefristen ikke overholdes.

Der er flere grunner til at regelen om meldefrist er omdiskutert. Først nevnes at det materielle innholdet i § 18-5 (1) ikke er lett tilgjengelig. Dette er fordi både ordlyden er

¹ Lov om forsikringsavtaler av 16. juni 1989 nr. 69. Heretter kalt FAL eller FAL 1989.

² Lov av 6. juni 1930 nr. 20 (opphevet). Heretter kalt FAL 1930.

³ Jf. Ot. Prp. nr. 49 (1988-89) s. 143-144.

relativt kort og diffus, og fordi den terminologi som er brukt i selve lovteksten, ikke samsvarer med den terminologi som er brukt i bestemmelsens overskrift.

Et ytterligere forstyrrende element ved fastleggelsen av innholdet i §§ 8-5 og 18-5, er at FAL ved siden av å inneholde regler om melding av kravet, inneholder regler om melding av forsikringstilfellet, jf. §§ 4-10 og 13-11. Dette skaper problemer i forhold til §§ 8-5 og 18-5, da disse bestemmelsenes i følge overskriften også handler om å gi melding om forsikringstilfellet. I tillegg til at den berettigede etter disse to regelsett kan miste sin rett til erstatning, inneholder FAL også regler om foreldelse, jf. §§ 8-6 og 18-6. Et naturlig spørsmål blir således hvordan de tre regelsettene forholder seg til hverandre, og når de forskjellige reglene skal brukes, eventuelt om man har behov for alle regelsettene.

Et annet problem med hensyn til tolkingen av § 18-5 er at regelen ikke er kommentert i lovens forarbeider⁴. Dette fordi forsikringslovutvalget foreslo bestemmelsen fjernet. Parallellbestemmelsen til § 18-5 (1), § 8-5 (1), blir da av interesse, i og med at begge bestemmelsene omhandler melding av ”kravet”. Forarbeidene⁵ til § 8-5 er imidlertid heller ikke spesielt forklarende med hensyn til det materielle innholdet. Det er også slik at § 8-5 gjelder for en annen forsikringstype enn hva § 18-5 gjør, noe som kan gjøre en kategorisk sammenligning problematisk.

I tillegg er det slik at ordlyden til den bestemmelsen som ble vedtatt etter forslag fra departementet⁶, ikke samsvarer med ordlyden til den bestemmelsen utvalget foreslo⁷. Forskjellen er heller ikke begrunnet i departementets proposisjon⁸. Spørsmålet blir da om denne forskjellen innebærer en realitetsforskjell.

⁴ Jf. NOU 1983: 56.

⁵ Jf. NOU 1987: 24.

⁶ Jf. Ot. prp. nr. 49 (1988/89), s. 170 (§ 8-5) og s. 181 (§ 18-5).

⁷ Jf. NOU 1987: 24, s. 16.

⁸ Ot. prp. nr. 49 (1988/89).

Det er også slik at selskapene, i motsetning til hva departementet trodde da det foreslo å videreføre meldefristreglene⁹, nå påberoper seg reglene langt hyppigere¹⁰. Det kan derfor stilles spørsmål ved om departementets begrunnelse for regelen fortsatt gjør seg gjeldende, og om de hensyn regelen var ment å ivareta, blir ivaretatt.

Ved siden av ovennevnte har Forsikringsskadenemnda valgt å skille mellom individuelle og kollektive forsikringer når den tolker § 18-5 (1), ved at den for kollektive forsikringer i mange tilfeller har valgt å se bort ifra den fristen som tilsynelatende oppstilles i bestemmelsen. Selv om de hensyn som taler for en slik tolkning også av og til gjør seg gjeldende for individuelle forsikringer, har nemnda gitt uttrykk for at fristen som oppstilles i loven i disse tilfellene, er absolutt. Spørsmålet blir således om nemndas tolking og anvendelse av reglene er holdbar.

1.2 Rettskilder

1.2.1 Innledning

I dette avsnittet gis en oversikt over de rettskilder som har hatt betydning for vurderingen av den meldefristen som gjelder etter §§ 8-5 og 18-5. Dette vil i hovedsak være en redegjørelse av det klassiske rettskildebildet, men det finnes rettskilder som kun er aktuelle i forsikringsretten.

1.2.2 Loven (FAL 1989) og de aktuelle bestemmelsene i denne

Det naturlige utgangspunkt, og den mest sentrale rettskilden ved vurderingen av reglene om meldefrister er bestemmelsene selv – FAL §§ 8-5 og 18-5. Disse finnes i lov om forsikringsavtaler av 16. juni 1989 nr. 69. Selv om loven er delt inn i fire deler, er det i hovedsak kun to av delene som er av praktisk interesse. Del A er inndelt i kapitlene 1 til 9, og gjelder for skadeforsikringer jf. § 1-1. Del B er inndelt i kapitlene 10 til 19 og gjelder

⁹ Jf. Ot. Prp. nr. 49 (1988-89) s. 143-144.

¹⁰ Til belysning mottok Forsikringsklagekontoret 95 henvendelser i 2002 og 25 henvendelser i 2003 vedrørende foreldelse og for sent meldte krav, jf. FKKs årsberetning 2003 s. 21. I 2004 var tallet 51, jf. FKKs årsberetning 2004, s. 17.

for personforsikringer, jf. § 10-1. Ved siden av de to paragrafene kan FAL §§ 4-10 og 13-11, samt FAL §§ 8-6 og 18-6 bidra til å fastslå innholdet av den meldefrist som er av interesse for oppgaven. Ved drøftelsen av meldefristen er det viktig å huske at loven i utgangspunktet er preseptorisk¹¹ og ”forbrukervennlig”.

1.2.3 FAL 1930

Da departementet forslag var ment som en videreføring av det eksisterende regleverk, vil den regel som gjaldt melding av kravet eller forsikringstilfellet etter FAL 1930¹² være en relevant rettskilde ved fastleggelsen av meldefristens materielle innhold i dag.

Den rettstilstand som var ment å videreføres med §§ 8-5 og 18-5 fantes før i FAL 1930 § 30. Bestemmelsen i § 30 ga selskapene en rett til å forbeholde seg ansvarsfrihet dersom kravet ikke ble fremsatt innen ”6 måneder regnet fra den dato den som fremsetter kravet fikk kjennskap til de omstendigheter som begrunner det”. I tillegg til selve bestemmelsen vil også dennes forarbeider¹³, og rettspraksis knyttet til bestemmelsen, være av interesse.

1.2.4 Forarbeider

Rettskildefaktoren ”forarbeider” omfatter tradisjonelt en rekke faktorer som for eksempel forslag, utredninger, debatter og voteringer gitt av dem som har deltatt i lovens forberedelse og vedtagelse¹⁴.

Behovet for en revisjon av FAL 1930 hadde lenge vært diskutert da Justis- og politidepartement i 1974 besluttet å opprette Forsikringsavtalelovutvalget, hvis oppgave var å utrede behovet for en slik revisjon. Utvalgets arbeid resulterte i to utkast, et til ny lov om henholdsvis personforsikringer, NOU 1983: 56, og et til ny lov om avtaler om

¹¹ Jf. FAL § 1-3 (1) og § 10-3 (1).

¹² Selv om vi før 1930 hadde bestemmelser om forsikring spredt i lovverket, var FAL 1930 vår første forsikringsavtalelov.

¹³ Ot. prp. nr. 25 for 1930 med særskilt bilag, Inst. O. XXIV for 1930, Forhandl. i Odelst. for 1930 s. 1046 – 1095 og Forhandl. i Lagt. for 1930 s. 350-361.

¹⁴ Eckhoff 2001, s. 65.

skadeforsikring, NOU 1987: 24. Selv om det i NOU 1983: 56 s. 7 antydes at det vil være hensiktsmessig med to lover, en for skadeforsikring og en for personforsikring, ble dette ikke tilfellet da den nye forsikringsavtalelov ble vedtatt i 1989. Begge ovennevnte utredninger vil være viktige rettskilder ved fastleggelsen av dagens rettstilstand, og som jeg skal komme til i del 3; reglenes berettigelse.

Departementets lovforslag, Ot. Prp. nr. 49 (1988/89), vil også være en relevant kilde ved fastleggelsen av det materielle innholdet i bestemmelsene. Dette gjelder også når jeg senere vil drøfte departementets begrunnelse for videreføre reglene om meldefrister i FAL 1930 ved vedtagelsen av FAL 1989.

1.2.5 Rettspraksis

Høyesterett behandler hvert år 2-5 forsikringssaker knyttet til FAL 1989¹⁵. Imidlertid har Høyesterett kun avsagt en dom vedrørende FAL § 18-5¹⁶. Av praksis fra underrettene har man atskillig flere dommer vedrørende FAL 1989, men også her foreligger det kun en dom vedrørende § 18-5¹⁷. Når det gjelder praksis vedrørende § 8-5, finnes det også her kun en dom fra høyesterett¹⁸ og en dom fra byretten¹⁹.

Faktum i de saker som er behandlet i retten, og som omhandler meldefrister av forsikringskrav, egner seg ikke spesielt godt til belysning av oppgavens tema. Praksis fra domstolene har derfor liten relevans i oppgaven. Ved enkelte av de problemstillinger som senere skal drøftes, vil jeg imidlertid komme inn på nevnte praksis.

1.2.6 Nemndspraksis

For løsning av forsikringsrettslige tvister har man to nemnder som fungerer som et supplerende tvisteløsningsorgan til domstolene. Dette er selskapsuavhengige nemnder, og

¹⁵ Jf. Bull, "Innføring i forsikringsrett", Oslo 2003, s. 33.

¹⁶ Rt. 2001 s. 1451.

¹⁷ RG 1997 s. 919.

¹⁸ Rt. 1999 s. 7.

¹⁹ RG 1995 s. 377.

de har sin basis i avtale av 28.2.01 mellom Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH), Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) og Forbrukerrådet²⁰. Sekretariatet for disse nemndene er Forsikringsklagekontoret (FKK).

Avkortingsnemnda (AKN) behandler saker om skjønnsspørsmål vedrørende aktsomhetsgrad og omfanget av avkortning i erstatning eller regresskrav, samt vurderer adgangen til identifikasjon. Videre behandler nemnda spørsmål om redusert erstatning ved skadelidtes medvirkning etter bilansvarslovens § 7²¹. Nemnda behandler derimot ikke spørsmål vedrørende §§ 8-5 og 18-5. Derfor er ikke praksis fra AKN en relevant kilde i denne oppgaven.

Derimot er praksis fra Forsikringsskadenemnda (FSN) av interesse. Nemnda behandler årlig et stort antall tvister om forsikringsrettslige spørsmål. I perioden 2002 til 2004 var antallet om lag 500 saker årlig²². Siden nemndssystemet ble opprettet i 1974 har Forsikringsskadenemnda behandlet utallige saker hvor (for sen) melding av kravet til selskapet har vært tvistetemaet²³.

Selv om praksis fra FSN vedrørende meldefrister er omfattende, og man derfor skulle tro dette var en viktig rettskilde, er det viktig å huske på at uttalelsene ikke er bindende for partene, men er kun rådgivende²⁴. Likevel er det slik at nemndas synspunkter og standpunkt i den enkelte sak er ment å være i samsvar med gjeldende rett, og uttalelsene skal begrunnes. Uttalelsene er også offentlige og publiseres både på FKKs hjemmeside²⁵ og i Lovdata²⁶. Dette tilsier at uttalelsene bør kunne tillegges vekt som rettskilde.

²⁰ Jf. FAL § 20-1.

²¹ Jf. Avtale om Forsikringsklagekontoret § 12.

²² Jf. Forsikringsklagekontorets årsberetning for 2004 s. 9.

²³ Det foreligger ikke statistikk om antall saker om tvister vedrørende for sen melding. Se dog note 10.

²⁴ Jf. Avtale om Forsikringsklagekontoret § 8.

²⁵ www.forsikringsklagekontoret.no

²⁶ www.lovdata.no

Rettspraksis viser også at nemndspraksis er en relevant rettskildefaktor, og det finnes flere dommer der domstolene har vektlagt nemndspraksis. I Rt. 1987 s. 744, som gjaldt tolkingen av ordet ”innbrudd” i forsikringsvilkårene, ble det lagt atskillig vekt på at nemnda og selskapenes egne klageorganer hadde en fast og innarbeidet tolkning av uttrykket. I RG 1991 s. 337 Bergen, uttalte retten etter å ha fått seg forelagt tre avgjørelser fra Forsikringsskadenemnda, at den la ”stor vekt på disse uttalelsene fordi” de ”viser en helt fast praksis fra et sentralt organ som behandler forsikringstvister”. På den andre side har imidlertid HR i Rt. 1993 s. 1482 valgt å tillegge nemndspraksis kun ”begrenset betydning”. I Rt. 2000 s. 70 gikk HR så langt at den valgte å se helt bort fra nemndas syn.

Ut fra det som er skrevet over kan det konkluderes med at praksis fra nemndene er en rettskilde med relevans, og praksis fra FSN vil senere i oppgaven bli brukt til belysning av innholdet i § 18-5 (og § 8-5).

1.2.7 Selskapspraksis

Praksis fra selskapene kan også bidra til å belyse hvordan reglene blir praktisert i dag. Men det er tvilsomt om selskapspraksis har noen betydning for gjeldende rett, da det nok er slik at selskapene verken praktiserer bestemmelsene i FAL §§ 8-5 og 18-5 likt eller konsekvent. Likevel vil det senere fremgå at selskapspraksis kan gi uttrykk for hvordan selskapene faktisk forholder seg til reglene om meldefrist der det er klart at resultatet av regelen blir urimelig.

De forskjellige selskapene opererer også med egne nemndssystem – ofte kalt selskapsinterne klagenemnder, som kan være en kilde av en viss relevans. Det er vist til slik praksis i Rt. 1987 s. 744. Men det må stilles spørsmålstegn ved objektiviteten til de selskapsoppnevnte nemndene, og dette svekker vekten av denne kilden. Selskapspraksis vil derfor i liten grad bli vektlagt i denne oppgaven.

1.2.8 Forbrukerpolitisk handlingsplan

Forbrukerpolitisk handlingsplan av 14.9.99²⁷, kan også nevnes som rettskilde i denne sammenheng, da den diskuterer problemet vedrørende urimelig foreldelse av forsikringskrav. Handlingsplanen oppfordrer selskapene til å være varsomme med påberopelse av foreldelse etter §§ 8-6 og 18-6 der dette vil virke urimelig²⁸. Påberopelse av §§ 8-5 og 18-5 er imidlertid ikke diskutert. Dette er noe overraskende, da foreldelse etter §§ 8-6 og 18-6 er av mindre praktisk betydning på grunn av reglene §§ 8-5 og 18-5, som reelt sett er de regler som fungerer som foreldelsesregler. Derfor kan det hevdes at handlingsplanen også bør kunne sies å gi uttrykk for en oppfordring til selskapene om å ikke påberope seg §§ 8-5 og 18-5 der dette vil lede til klart urimelige resultater.

1.2.9 Juridisk litteratur

Professor Trine-Lise Wilhelmsen har i Norsk Forsikringsjuridisk Forenings Publikasjoner nr. 75²⁹ diskutert forsikringsavtalelovens regler om meldefrist (FAL §§ 8-5o og 18-5) og foreldelse (FAL §§ 8-6 og 18-6). Dette er en fremstilling som vil ha relevans for oppgaven. Videre er bestemmelsene kort behandlet av Brynildsen, Lid og Nygård i Forsikringsavtaleloven med kommentarer, 2001. Professor Hans Jacob Bull har skrevet en kritisk artikkel/kommentar³⁰ om Rt. 2001 s. 1451.

Av sekundær litteratur nevnes Hans Jacob Bull, utkast til lærebok, Innføring i forsikringsrett, Oslo 2003.

²⁷ Forbrukerpolitisk handlingsplan ble utarbeidet av Norsk Forsikringsforbund, i samarbeid med medlemsselskapene. Næringen hadde forut for utarbeidelsen av planen, sett at den private forsikringstaker stadig oftere ble satt i vanskelige situasjoner i forbindelse med forsikringsspørsmål. Målet med handlingsplanen var å forbedre næringens egen praksis, samt deler av regelverket for å (1) gjøre forsikring mer rimelig og rettferdig for kundene, (2) å begrense antall og omfang av potensielle konfliktområder, (3) få et mer effektivt tvisteløsningsapparat, og (4) øke bevissthet og kunnskap om forsikring blant forbrukerne.

²⁸ Se Forbrukerpolitisk handlingsplan av 14.9.99, s. 10-11.

²⁹ Heretter kalt Wilhelmsen, NFFP nr. 75.

³⁰ Se Hans Jacob Bull, Nytt i privatretten, 2002/1.

1.2.10 Utenlandsk rett

Endelig vil tilsvarende regler i våre naboland kunne fungere som en kilde til belysning av oppgavens tema. Dette gjelder særlig når jeg kommer til drøftelsen i del 3. FAL 1930 var utarbeidet i nordisk lovsamarbeid, og det var bare på mindre punkter løsningene var forskjellige. I begynnelsen av 1970-årene ble det klart at tiden var kommet for revisjon. Det ble forutsatt at arbeidet skulle foregå ved nordisk samarbeid, og det ble nedsatt tilsvarende utvalg i Danmark, Sverige og Finland. Samarbeidet fungerte imidlertid dårlig, og man kan vel si at det utmerkede lovsamarbeidet man hadde, ikke lenger eksisterer.

I dansk rett gjelder fortsatt den danske lovversjonen³¹ av det fellesnordiske lovsamarbeidet. Det er kun gjort mindre endringer. I Danmark har man to regler om foreldelse av forsikringskrav – §§ 29 og 30. Disse bestemmelsene er kommentert i blant annet Forsikringsavtaleloven med kommentarer av Preben Lyngsø, 4. utgave, København 1992, og Ivan Sørensen, Forsikringsavtaleloven med kommentarer, København 2000³².

I Sverige har man nylig vedtatt ny lovgivning på forsikringsrettens område, kalt ”Försäkringsavtalslag”³³. Denne trer i kraft 1.1.2006³⁴. Loven inneholder regler om tap av krav og foreldelse av rett til erstatning på grunn av for sen melding av forsikringstilfellet/kravet til forsikringsselskapet i kapittel 16, §§ 3-5. Reglene og forarbeidene til disse, Prop. 2003/04:150, vil være av interesse ved den vurderingen som skal foretas i oppgavens del 3.

I Finland vedtok man ny forsikringsavtalelov i 1994. Denne avløste den tidligere lov av 1933. På grunn av at loven og dennes forarbeider er på finsk, vil ikke finsk rett bli vektlagt i denne oppgaven.

³¹ Dansk lov nr. 129 av 15. april 1930 om forsikringsavtaler.

³² Heretter kalt Ivan Sørensen.

³³ Vedtagelsesnummer 2005:104. Vedtaksdato 10.3.2005.

³⁴ Jf. <http://www.regeringen.se/sb/d/3791/a/23745>

1.3 Avgrensning

Oppgaven avgrenses til en behandling av reglene om meldefrist etter FAL § 18-5 (1). Men fordi Forsikringsavtalelovutvalget³⁵, i motsetning til departementet³⁶, ikke foreslo å videreføre regelen om meldefrist i personforsikring, vil § 8-5 (1) og dennes rettskilder være relevante ved drøftelsen av innholdet i § 18-5 (1). Dette fordi bestemmelsene omtrent er identiske, og at departementet i proposisjonen³⁷ henviser til § 8-5 og dennes forarbeider³⁸ med hensyn til det nærmere innholdet i § 18-5. Derfor omfatter oppgavens tittel også § 8-5.

§ 18-5 (2) vil ikke bli behandlet i denne oppgaven, da dette leddet omhandler den frist den berettigede har på seg til å anlegge sak eller kreve nemndsbehandling dersom selskapet har avslått et meldt krav. En annen ting er at selskapets begrunnelse for avslaget godt kan være at den berettigede ikke har overholdt meldefristen i første ledd.

§ 18-5 gjelder for ulykkes- og sykeforsikringer. Bestemmelsen gjelder ikke for livsforsikring, selv om dette også er en personforsikring regulert av forsikringsavtalelovens del B. Når det gjelder melding av krav etter en livsforsikring, må man falle tilbake på reglene om foreldelse av forsikringskrav i FAL § 18-6. Således vil melding av krav i henhold til en forsikringsavtale om livsforsikring falle utenfor oppgavens tema.

1.4 Veien videre

Oppgaven er i det følgende delt inn i to deler. I del 2 redegjøres det for det materielle innholdet i § 18-5 (1). Dette er en redegjørelse for gjeldende rett slik den er i dag, og drøftelsen bærer preg av å være en klassisk de lege lata-drøftelse.

I oppgavens del 3 foretar jeg en de lege ferenda-drøftelse, og mye av fokuset er rettet mot rimeligheten av § 18-5 (1), og behovet for bestemmelsen i norsk rett.

³⁵ Jf. NOU 1983:56 s. 160.

³⁶ Jf. Ot. prp. nr. 49 (1988/89) s. 143-144.

³⁷ Jf. Ot. prp. nr. 49 (1988/89) s. 144 – “Merknader til de enkelte paragrafer”.

³⁸ NOU 1987: 24.

2 En redegjørelse for dagens rettstilstand

2.1 En kort oversikt over innholdet i FAL §§ 8-5 og 18-5 og problemer som knytter seg til bestemmelsene.

Reglene om meldefrist etter §§ 8-5 (1) og 18-5 (1) innebærer at sikrede i skadeforsikring og den som har krav på erstatning i ulykkes- og sykeforsikring, må melde ”kravet” til selskapet innen et år etter at vedkommende fikk kunnskap om ”de forhold som begrunner det”. Dersom fristen på et år ikke overholdes, går det klart frem av bestemmelsens første ledd at den berettigede ”mister” sin rett til erstatning.

En sentral problemstilling ved fastleggelsen av innholdet i § 18-5 (1) er hva lovgiver har ment med ”kravet”, når det i lovoverskriften faktisk er slik at terminologien ”melding av forsikringstilfellet” er brukt.

I tilknytning til ovennevnte problemstilling må § 18-5 (1) vurderes opp mot to andre regler i FAL, som begge kan lede til at den berettigede etter en forsikringsavtale mister sin rett til å gjøre sitt krav gjeldende mot selskapet. Dette er § 13-11 (§ 4-10 (3) for skadeforsikring) – om å gi melding om selve forsikringstilfellet ”uten ugrunnet opphold”, og § 18-6 (§ 8-5 for skadeforsikring) – som er den alminnelige foreldelsesregel i FALs personforsikringsdel. Det kan virke underlig at man har egne, nokså detaljerte regler om foreldelse i § 18-6, når det i realiteten er § 18-5 (1) som fungerer som den reelle foreldelsesregel.

Da reglene om melding av krav er reklamasjonsbestemmelser, blir det videre viktig å fastslå når fristens utgangspunkt skal regnes fra eller begynner å løpe. Dette tidspunktet er i lovteksten knyttet opp mot det tidspunkt den berettigede ”fikk kunnskap om det forhold

som begrunner kravet”. Det må således avklares hva som menes med ”forhold”, og videre hva som skal til for at man har tilstrekkelig ”kunnskap” om dette forholdet.

Forsikringsskadenemnda inntar som nevnt tidligere et skille mellom individuelle og kollektive forsikringer når den tolker § 18-5 (1), ved at den i visse tilfeller utskyter fristens utgangspunkt i kollektive forsikringer, i motsetning til hva som er tilfellet for individuelle forsikringer. For det første blir spørsmålet hvorfor nemnda i noen tilfeller går utover lovtekstens ordlyd, og hvilke rettskilder som kan støtte en slik utvidende tolkning. For det andre blir spørsmålet hvorfor nemnda, tilsynelatende uten hjemmel i lovteksten, inntar et bevist skille mellom kollektive og individuelle forsikringer.

Et annet spørsmål er hvilke formkrav som stilles til den ”melding” som skal gis til selskapet for å avbryte den fristen som begynner å løpe når kunnskapskravet er oppfylt. Kreves det for eksempel skriftlighet? Videre reises spørsmålet om hvem som skal eller kan være adressaten for meldingen, og om det stilles krav til hvem som skal gi meldingen.

Samtidig som loven opererer med en absolutt frist med tanke på melding av kravet, opererer den også med en absolutt konsekvens dersom fristen ikke overholdes ved at selskapets ansvar bortfaller fullt og helt. Spørsmålet blir likevel om dette er det faktiske resultatet, eller om den berettigede i enkelte tilfeller likevel får hel eller delvis erstatning selv om meldefristen objektivt sett er oversittet.

2.2 En forklaring av noen forsikringsrettslige termer brukt i oppgaven

2.2.1 Skadeforsikring og personforsikring

FAL skiller mellom skadeforsikring og personforsikring, og dette skillet var en av nyskapningene i forhold til FAL 1930. § 8-5 (1) gjelder for skadeforsikring, og hvilke forsikringer som faller inn under dette begrepet er definert i FAL § 1-1 (2). En skadeforsikring beskytter enkelt fortalt mot økonomisk tap som følge av skade på ting.

Med personforsikring menes livsforsikring, ulykkesforsikring og sykeforsikring, jf. FAL § 10-1 2. ledd 1. pkt, og forsikringen knytter seg til en persons liv eller helse, jf. samme ledds 2. pkt. Det følger imidlertid av § 18-5 at den kun gjelder for ulykkes- og sykeforsikring.

En ulykkesforsikring er en forsikring som kommer til utbetaling når den forsikrede rammes av en ulykke som medfører en personskade. Forsikringsordningen gir altså den berettigede krav på en økonomisk kompensasjon dersom man blir utsatt for en ulykke. Normalt er det likevel ikke slik at alle former for ulykker er dekket av forsikringen – farefeltet er begrenset. Som oftest er det inntatt i vilkårene at ulykken gir rett til utbetaling dersom ulykken er oppstått som følge av en ”plutselig ytre begivenhet”. Hva som ligger i begrepet skal jeg ikke redegjøre grundig for her, men det er på det rene at ulykken må ha oppstått som følge av en uventet ytre påvirkning³⁹, og at den berettigedes kunnskap om ulykkeshendelsen er av stor betydning for når meldefristen begynner å løpe.

En sykeforsikring er et noe mer spesiell institusjon, men den er ikke mindre viktig av den grunn. Forsikringsformen er ment å gi dekning for bortfall av inntekt som følge av midlertidig ervervsuførhet ved sykdom eller ulykke. Jeg vil imidlertid ikke gå nærmere inn på dette, da oppgavens tema ikke vil bli knyttet opp mot denne forsikringsformen i særlig grad.

³⁹ Jf. Rt. 1988 s. 394 der en dykker fikk blodpropp. Blodproppen hadde sammenheng med trykkforskjeller som den forsikrede ble utsatt for, og HR fant at dette ikke kunne betegnes som en ulykke, da dykkingen foregikk helt normalt uten ytre uhell av noen slag. Samme resultat følger av FSN 5763, der forsikrede hadde hoppet ned 2-3 meter, og landet feil. Nemnda uttalte at ” Det er ikke grunnlag for å mene at skaden er forårsaket av en plutselig ytre begivenhet. Det skjedde ikke noe uventet i forbindelse med hoppet. At forsikrede landet feil med foten, skyldtes hennes egen kontrollerte kroppsbevegelse. I uttalelse 3919, der forsikrede ufrivillig støtte kneet i en dør uttalte nemnda at ”skade som følge av sammenstøt kan være ulykkesskade i vilkårenes forstand. Dette gjelder også når den tingen som personen støter sammen med, ikke er i bevegelse. Selv om personens egen bevegelse (handling) er frivillig, kan et sammenstøt, f.eks. som følge av et øyeblikks uoppmerksomhet, være en ”plutselig og ufrivillig ytre hendelse” i vilkårenes forstand”.

2.2.2 Sikret og berettiget

I skadeforsikring er den som har krav på erstatning betegnet som sikret, jf. FAL § 1-2 (c) – den sikrede er ”den som etter forsikringsavtalen vil ha krav på erstatning eller forsikringssum. I ansvarsforsikring er sikrede den ”hvis erstatningsansvar er dekket”.

Av dette kan man slutte at den som i forsikringsavtalen⁴⁰ er berettiget til erstatning er den sikrede, og forsikringsvilkårene inneholder ofte detaljerte bestemmelser om dette. Dersom vilkårene mot formodning ikke skulle inneholde slike bestemmelser, inneholder FAL §§ 7-1- og 7-2 bestemmelser om hvem som er sikret og derfor også berettiget til erstatning. Den som er sikrede ved siden av forsikringstakeren blir betegnet som den medforsikrede.

I personforsikring snakker en ikke om den sikrede og de medforsikrede. Terminologien er i stede knyttet til tre begrep: Forsikringstakeren, forsikrede og den berettigede.

Forsikringstakeren er den som inngår en individuell eller kollektiv forsikringsavtale med selskapet, jf. FAL § 10-2 (b). Der er altså forsikringstakeren som er selskapets avtalemotpart ved inngåelsen av forsikringsavtalen. Det er videre forsikringstakeren som bestemmer hvem som skal være den forsikrede, og hvem som skal være begunstiget eller berettiget til erstatning.

Den forsikrede er den personen selve forsikringen knytter seg til – den hvis liv og helse er forsikret, jf. FAL § 10-2 (c). For eksempel kan en ektefelle, som en økonomisk trygghet, tegne en ulykkesforsikring på den andre ektefellen i fall denne skulle bli utsatt for en dødlig- eller invalidiserende ulykke.

Hvem en eventuell erstatning eller forsikringssum skal tilfalle dersom et forsikringstilfelle inntreffer, er imidlertid ikke definert i § 10-2, slik tilfellet er for skadeforsikringer i § 1-2.

⁴⁰ En forsikringsavtale består av tre deler: Forsikringsbeviset som trekker opp rammen for avtalen, forsikringsvilkårene angir hva som er dekningsmessig, og forsikringsavtaleloven fordi denne er preseptorisk og gjelder for alle forsikringsavtaler jf. FAL § §§ 1-3 (1) og 10-3.

Løsningen finnes imidlertid i FAL kapittel 15. I § 15-1 (1) heter det at ”dersom forsikringstakeren ikke har disponert over forsikringen på annen måte i samsvar med reglene i dette kapitlet, gjelder reglene i annet til sjette ledd”. Av dette følger at det er forsikringstakeren som bestemmer hvem en eventuell erstatning skal tilfalle, og det er denne som betegnes som berettiget i FAL § 18-5. Forsikringstakerens disposisjonsrett følger av § 15-2, som kan sies å hjemle det disposisjonsprinsippet som gjelder ved inngåelsen av personforsikringer. Ved å disponere over forsikringen etter reglene i § 15-2 kan altså forsikringstakeren fravike de regler som oppstilles i § 15-1. Dersom man tenker seg eksempelet ovenfor, vil den ektefelle som tegner forsikringen, også kunne bestemme hvem som skal være berettiget til erstatning etter avtalen.

Foruten at det er hensiktsmessig å ha klart for seg det som er omtalt i foregående avsnitt, vil problematikken også bli aktuell når temaet om hvem meldeplikten påligger, blir drøftet. I den resterende delen av oppgaven vil den ”sikrede” etter FAL § 8-5, og ”den som i ulykkes- eller sykeforsikring har rett til erstatning” etter FAL § 18-5, av hensiktsmessighetsgrunner som en fellesbetegnelse bli betegnet som den eller de ”berettigede”.

2.3 Meldefristregelens materielle innhold

2.3.1 Innledning

I det følgende vil jeg gi en redegjørelse for det materielle innholdet i regelen om melding av ”forsikringskrav” etter § 18-5 (1). Som følge av forhold som er nevnt i punkt 1.3 første avsnitt, vil meldefristregelen i skadeforsikring – § 8-5 (1), ha betydning ved fastleggelsen av innholdet i § 18-5 (1). Derfor blir begge bestemmelsene mer eller mindre parallelt behandlet.

2.3.2 Hva skal meldes?

Utgangspunktet for fastleggelsen av hva som skal meldes til forsikringsselskapet etter § 18-5 må tas i lovteksten. Bestemmelsen første ledd lyder som følger:

”Den som i ulykkes- eller sykeforsikring har rett til erstatning, mister retten dersom kravet ikke er meldt til selskapet innen ett år etter at den berettigede fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet.”.⁴¹

Lovteksten synes klar på dette punkt – det som skal meldes til selskapet er ”kravet”. Loven selv inneholder imidlertid ingen legaldefinisjon på hvordan ordet skal forstås. Den naturlige forståelsen av ordet ”krav” vil imidlertid være at man har en rett på noe, eller at man kan gjøre gjeldende en fordring (pengekrav) eller lignende ovenfor en annen. I en forsikringsrettslig sammenheng leder en slik forståelse av uttrykket til at det den berettigede må melde til selskapet, er en rett på en bestemt ytelse, eller at den berettigede gjør gjeldende et krav på erstatning mot selskapet – da i form av et konkret pengekrav.

Løsningen er imidlertid ikke så enkel. Lovens overskrift bruker en annen terminologi – ”frist for å gi melding om forsikringstilfellet”, enn den terminologi som brukes i selve lovteksten – ”frist for å gi melding om kravet”. Overskriften taler altså om en frist for å gi melding om forsikringstilfellet, mens selve lovteksten taler om å gi melding om kravet. Loven inneholder heller ikke noe legaldefinisjon på hva som menes med et ”forsikringstilfelle”. Enkelt kan man likevel si at et forsikringstilfelle kan defineres som en hendelse eller skade som er dekket av en forsikringsavtale, og som selskapet bærer de økonomiske følgene av.⁴²

Således befinner man seg i en situasjon der bestemmelsens overskrift taler om å gi melding om en skade heller hendelse hvis følge er dekket av selskapet, mens selve lovteksten i § 18-5 (1) taler om å gi melding om et (erstatnings) krav. Spørsmålet blir om sammenhengene i regelverket i FAL 1989 kan bidra til å belyse nærmere hva som faktisk menes med bestemmelsen, og hvordan denne skal tolkes.

⁴¹ Tilsvarende bestemmelse i FALs del B, § 8-5 (1) lyder: ”Sikrede mister retten til erstatning dersom kravet ikke er meldt til selskapet innen ett år etter at sikrede fikk kunnskap om de forhold som begrunner det.”. Det som skal meldes til selskapet etter denne bestemmelsen er også ”kravet”, og således er bestemmelsene like med hensyn til hva som skal medles.

⁴² Se for øvrig Hans Jacob Bull, *Innføring i forsikringsrett*, Oslo 2003, s. 558 - 560.

Reglene om melding av kravet/forsikringstilfellet etter §§ 8-5 og 18-5 utgjør som nevnt tidligere, kun en del av et større meldefristsystem i FAL. I §§ 4-10 (3) og 13-11 har man også regler om å gi melding av forsikringstilfelle, mens man i §§ 8-6 og 18-6 har alminnelige regler om foreldelse av forsikringskrav. Det bemerkes at §§ 4-10 (3) og 8-6 ikke har noen betydning i forhold til § 18-5, da disse reglene gjelder for skadeforsikring.

FAL § 13-11 pålegger den berettigede å melde forsikringstilfellet til selskapet ”uten ugrunnet opphold” dersom et sådant har inntruffet. Ordbruken i bestemmelsenes overskrift kontra lovtekst er her konsekvent. Mye taler derfor for at lovgiver har ment at regelen handler om å gi melding om et inntruffet forsikringstilfelle. Forarbeidene⁴³ uttaler at en forsinket melding om en inntruffet skade (altså forsikringstilfellet) lett kan føre til at selskapet blir påført ekstra omkostninger under redningsarbeidet eller i forbindelse med de nødvendige årsaksundersøkelser, så hensynet bak regelen underbygger denne forståelsen.

I forhold til § 18-5 (1) vil det da være merkelig om denne bestemmelsen skal forstås slik at man her har en frist på et år til å melde fra om forsikringstilfellet, mens man tidligere i loven operer med en frist på ”uten ugrunnet opphold”. Så langt er det derfor naturlig å tolke § 18-5 (1) dit at man ikke taler om melding av forsikringstilfellet, men om melding av kravet, uavhengig av at lovens overskrift gir føringer om at det er forsikringstilfellet som skal meldes til selskapet.

Videre er det slik at ”kravet”, lest i sammenheng med resten av bestemmelsen, er knyttet opp mot ”kunnskap om de forhold som begrunner det”, slik at meldefristen på et år regnes fra det tidspunkt slik kunnskap foreligger. Bestemmelsen synes på denne måten å forutsette at det er inntruffet en dekningsmessig skade eller hendelse (et forsikringstilfelle) – ellers vil jo ikke den berettigede ha noe krav mot selskapet. På denne måten kan det fortsatt hevdes at det ikke er *forholdet* eller forsikringstilfellet som skal meldes til selskapet, men selve

⁴³ Jf. NOU 1983: 57 s. 160-161 for § 13-11 (foreslått som § 9-1) og NOU 1987: 24 s. 101-102 for § 4-10 (3).

kravet som springer ut av dette. Dette skulle også passe bra med den regel man har i § 13-11, som regulerer den berettigedes plikt til å gi melding om selve forsikringstilfellet. Hvorfor lovgiver da har valgt å bruke overskriften ”forsikringstilfellet” i § 18-5 er fortsatt ikke klart, men det er mulig at dette kun henviser til det ”forhold” kravet springer ut av (som jo av ovennevnte, i denne sammenheng, må bety forsikringstilfellet).⁴⁴

Imidlertid er det slik at et inntruffet forsikringstilfelle ikke nødvendigvis gir den berettigede en formening om det nærmere innhold i det krav som springer ut av forsikringstilfellet (”det forhold”). Dette taler igjen for at lovgiver ikke kan ha ment at det er selve kravet som skal meldes til selskapet, men hvis så er tilfelle, har den berettigede en absolutt frist på ett år til å komme opp med det krav som springer ut av forholdet. Spørsmålet blir om forarbeidene kan gi et klarere svar på hva som skal meldes.

I og med at Forsikringsavtalelovutvalget ikke foreslo noen bestemmelse tilsvarende den man har i § 18-5 (1)⁴⁵, må man gå til forarbeidene til § 8-5 (1)⁴⁶ og se om utvalget der har sagt noe om hva som menes med ”kravet”. Utvalget uttaler kort at ”det er tilstrekkelig at melding av forsikringstilfellet gis innen fristen.”. Dette synes å stemme dårlig med ovennevnte om at bestemmelsen må tolkes slik at det er selve kravet som springer ut av forholdet som skal meldes til selskapet. Det samme kan sies når det videre i utvalgets utkast⁴⁷ uttales at det ikke er nødvendig at den berettigede ”fremsetter et bestemt erstatningskrav før fristen løper ut”. Derimot stemmer en slik forståelse av bestemmelsen med det som er sagt ovenfor i forbindelse med at den berettigede ikke alltid vet hva et (erstatnings)krav konkret vil beløpe seg til. Selv om dette ikke kan sies å stemme med den tolkningen som er gitt ovenfor om at det er selve kravet som må meldes til selskapet, og at det er en slik forståelse som passer best i forhold til lovteksten, kan det hevdes at utvalgets synspunkt vil gi en rimelig regel.

⁴⁴ Se for øvrig også punkt 2.3.3.3.

⁴⁵ Jf. NOU 1983: 56 s. 160.

⁴⁶ Jf. NOU 1987: 24 s. 179.

⁴⁷ Jf. NOU 1987: 24 s. 179.

Legger utvalgets forutsetninger til grunn⁴⁸, må konklusjonen bli at det som faktisk skal meldes til selskapet er forsikringstilfellet, og at det ikke er nødvendig å gi melding om selve ”kravet” som er oppstått som følge av det inntrufne forsikringstilfelle. Dersom ”kravet” imidlertid betyr ”forsikringstilfellet”; hva betyr da resten av første ledd – at den berettigede skal melde et forsikringstilfelle når han får kunnskap om ”de forhold” som begrunner forsikringstilfellet?

Noe av grunnen til at ovenfor nevnte resonnement nok fører til en tolkning av bestemmelsen som neppe er holdbar, er at utvalgets forslag til § 8-5⁴⁹ ikke er lik den regel som faktisk ble foreslått i departementets proporsjon⁵⁰, og vedtatt av Stortinget. Mens lovutvalget foreslo at bestemmelsens første ledd skulle lyde slik: ”Sikrede mister retten til erstatning hvis han ikke har gitt melding om forsikringstilfellet til selskapet innen ett år etter at han fikk kunnskap om de omstendigheter som begrunner hans krav”, ble den endelige bestemmelsen seende slik ut: ”Sikrede mister retten til erstatning dersom kravet ikke er meldt til selskapet innen ett år etter at sikrede fikk kunnskap om de forhold som begrunner det”.

Om forandringen i ordlyden reelt sett innebærer en realitetsforskjell, er imidlertid tvilsomt. Departementet diskuterer ikke forskjellen i proporsjonen⁵¹, men uttaler noe overraskende at ”utvalgsutkastet” til § 8-5 ”bør opprettholdes”. Således skulle en tro at departementet har ment at regelen materielt sett skal ha det innhold som utvalget foreslo.

Dette kan underbygges med at proposisjonen ikke engang nevner at departementets forslag fraviker fra utvalgets forslag. Det kan synes som at departementet ikke en gang selv er klar over at det foreslår en regel som fraviker utvalgets forslag, noe som i og for seg er relativt

⁴⁸ Jf. NOU 1987: 24 s. 179.

⁴⁹ Jf. NOU 1987: 24 s. 16.

⁵⁰ Jf. Ot. prp. Nr. 49 (1988/89) s. 170 for § 8-5 og s. 181 for § 18-5.

⁵¹ Ot. prp. nr. 49 (1988/89).

bemerkelsesverdig, da overskriften til loven og lovteksten foranlediger tvilsspørsmål. På den andre siden kan dette tas til inntekt for at departementet var oppmerksomme på forskjellen, og var av den oppfatning at ordlydens forskjell ikke i innebar noen realitetsforskjell i forhold til utvalgets forslag. Dersom dette skulle være riktig, må man igjen falle tilbake til utvalgets redegjørelse i forarbeidene⁵², men som nevnt tidligere sier ikke denne spesielt mye om hva som skal meldes til selskapet. Departementets proporsjon⁵³ kan etter dette synes å gi liten veiledning. Likevel er det på det rene at den fremhever at regelen er ment å videreføre den rettstilstand som eksisterte i FAL 1930.

Den tilsvarende bestemmelsen til § 8-5 (1) og § 18-5 (1) var FAL 1930 § 30.

Bestemmelsen måtte imidlertid ses i sammenheng med § 29, som i utgangspunktet var fravikelig, og som gikk ut på at et krav etter en forsikringsavtale ble foreldet etter tre år etter utløpet av det kalenderår den berettigede fikk kunnskap om sitt krav og kunne gjort dette gjeldende. Videre gikk det fram av andre ledd at kravet ble foreldet 10 år etter at forsikringstilfellet inntraff. § 30 inneholdt to regler som begrenset avtalefriheten etter § 29. Det fulgte av § 30 (2) at klausuler som fastsatte at selskapet skulle være fri for ansvar dersom sikrede ikke hadde meldt kravet til selskapet innen en viss tid, ikke kunne gjøres kortere enn seks måneder regnet fra den dag den som fremsetter kravet hadde fått kunnskap om de omstendigheter som begrunnet kravet. Også her brukte man altså ordet ”krav”.

I selve forslaget til departementet⁵⁴ kommenteres regelens innhold ikke nærmere. Men i et av bilagene⁵⁵ uttales det at selskapene, tatt i betraktning disses interesse i at krav som gjøres gjeldende mot det, fremsettes så snart som mulig, kan oppstille en frist i vilkårene om melding av kravet, som den berettigede må overholde for at selskapet skal være ansvarlig etter forsikringsavtalen.

⁵² Jf. NOU 1987:24 s. 179.

⁵³ Ot. prp. nr. 49 (1988/89) s. 94.

⁵⁴ Ot. prp. nr. 25 1930.

⁵⁵ Utkast til Lov om forsikringsavtaler avgitt av De norske delegerte ved Det nordiske obligasjonsrettarbeide s. 69 og 70.

Den tidligere bestemmelsens forarbeider⁵⁶ taler altså ikke om noen frist for å melde forsikringstilfelle, men om en frist om å melde kravet etter at sikrede har fått kunnskap om de omstendigheter som begrunner det – altså en regel som synes å være lik den regel som tilsynelatende følger av §§ 8-5 (1) og 18-5 (1). Med tanke på at både departementet⁵⁷ og forsikringslovutvalget⁵⁸ for skadeforsikringenes del foreslo å videreføre den gamle bestemmelsens materielle innhold, taler dette for at det er selve kravet som må meldes til selskapet. Det er etter søk på lovdata ikke funnet rettspraksis som synes å belyse hva som ligger i ordet ”krav” etter FAL 1930 § 30 (2).

Det finnes imidlertid praksis fra Forsikringsskadenemnda som kan belyse dette. FSN 1792 omhandlet spørsmålet om foreldelse i forhold til 6 månedersfristen i vilkår og 3 års frist i gamle FAL § 29, samt betydningen av at forsikrede ikke kjente til forsikringsordningen (når fristen begynte å løpe). Den berettigede ble skadet i en bilulykke i april 85. FSN bemerket her at både etter FAL § 29 og § 30 (2) løp fristene fra det tidspunkt den berettigede hadde fått kunnskap om kravet, eventuelt om de omstendigheter som begrunnet det. Her kan det se ut som at nemnda inntar det standpunkt at det som skal meldes til selskapet, enten er selve kravet, og dersom den berettigede ikke hadde kunnskap om kravet, må det meldes fra om de omstendigheter som begrunner det (kravet).

Uttalelsen gir ikke særlig sikre holdepunkter for hva som menes med kravet. Hvordan den berettigede skal kunne melde fra om de omstendigheter som begrunner kravet, uten samtidig å vite om kravet er vanskelig å forstå. Det nemnda forsøker å si er sannsynligvis at dersom man ikke har kunnskap om kravet, må det i alle fall meldes fra om den omstendighet som eventuelt senere kan føre til et konkret krav mot selskapet. Det siktes altså til at det må meldes fra om selve skaden⁵⁹.

⁵⁶ Ot. prp. nr. 25 1930.

⁵⁷ Ot. prp. nr. 49 (1988/89) s. 94.

⁵⁸ Jf. NOU 1987: 24 s. 176.

⁵⁹ Likevel utgjør ikke en skade i seg selv alltid et forsikringstilfelle – se punkt 2.3.3.4.

Finnes det etter dette praksis vedrørende FAL 1989 §§ 8-5 (1) og 18-5 (1) som kan være oppklarende? Vi har ikke praksis fra Høyesterett som direkte omhandler § 18-5 (1). Men i Rt. 2001 s. 1457 diskuterer HR hva som skal til for at § 18-5 (2) skal komme til anvendelse. HR uttalte at en ren underretning til selskapet om en ulykke eller sykdom ikke var tilstrekkelig, og uttalte videre at ordlyden i 2. ledd (det siteres):

”... viser at det er en forutsetning at selskapet har mottatt et *krav* om erstatning i henhold til en polise. Det må fremgå at den som henvender seg til selskapet, har gjort seg opp en mening om å ha et krav som følge av ulykken eller sykdommen i henhold til en polise, og gjør dette gjeldende. I noen tilfelle kan det nok by på tvil om et krav er fremsatt, men det burde ikke være vanskelig å bringe på det rene. Jeg bemerker at det normalt ikke er et vilkår at kravet er tallfestet.”.

Uttalelsen kan tas til inntekt for at det som skal meldes er et krav om erstatning, men at det ikke er et vilkår at kravet er tallmessig konkretisert⁶⁰.

Dommen inneholder også en uttalelse med hensyn til når et krav senest må meldes til selskapet, og hva som skal til for at fristen begynner å løpe. Det siteres følgende fra dommen:

”Jeg viser også til første ledd som angir når et krav senest må meldes til selskapet. Fristen er riktignok kortere enn den ordinære foreldelsesfristen, men utgangspunktet for beregningen er tidspunktet da ”den berettigede fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet”. Før en har slik kunnskap, behøver en altså ikke fremme noe *krav* overfor selskapet.”.

HR tar altså ikke standpunkt til hva som skal meldes til selskapet, og utover å gjengi lovens ordlyd og påpeke at det ikke påligger noen plikt for den berettigede til å melde kravet før vedkommende ”fikk kunnskap om de forhold som begrunner” det.

⁶⁰ Bull kritiserer Rt. 2001 s. 1457 i Nytt i privatretten 2002/1. Kritikken retter seg mot flere forhold. Blant annet er Bull av den oppfatning at det er kritikkverdig at HR sammenblander FAL 18-5 og FAL § 4-10 (3), da disse ikke har noe med hverandre å gjøre. Bull mener at de sprikende og uklare lovtekstene gir lite rom for de finere distinksjoner HR trekker opp.

FSN-praksis drøfter heller ikke konkret hva som menes med ”kravet”. Likevel kan praksis fra FSN synliggjøre hvordan bestemmelsen anvendes i praksis – noe som igjen kanskje kan bidra til å forstå hva som menes med kravet.

I FSN 2673, der tvisten egentlig gjaldt selskapets informasjonsansvar om meldefristen, ble den berettigede utsatt for en yrkesskade i 13.6.91. Skaden ble først meldt til selskapet 4.2.94. Selskapet avslo fordi skaden var for sent meldt etter FAL § 18-5 (1). FSN bemerket at det var på det rene at skaden var meldt etter utløpet av fristen i FAL § 18-5, 1. ledd. Selskapet ble etter dette gitt medhold. Nemnda henviste her til selve skaden, som kan tyde på at det er denne som skal meldes til selskapet, og ikke kravet eller forsikringstilfellet. Det samme utgangspunkt er tatt i FSN 3061 der det uttales at ”Etter denne lovs § 18-5 gjelder det en ett års frist for melding av skaden”. Også i FSN 5575, som dog gjaldt et for sent meldt krav etter en kombinert forsikring (§ 8-5), synes nemnda å legge til grunn at det er selve skaden som må meldes til selskapet og at fristen begynner å løpe når den berettigede blir klar over selve skaden.

Selv om det på bakgrunn av ovennevnte rettskilder ikke er lett å trekke noen klar konklusjon med hensyn til hva som skal meldes til selskapet, kan det hevdes at det i praksis er lagt til grunn at det er selve hendelsen eller skaden som kravet springer ut av som må meldes til selskapet innen fristen på ett år. Spørsmålet blir så om svaret kan finnes, eller om problemet er diskutert, i den litteratur som finnes om § 18-5 (1).

I Brynildsen, Lid og Nygård, Forsikringsavtaleloven med kommentarer 2001, s. 470, hevdes det at kravet til melding er oppfylt dersom selskapet gjøres oppmerksom på ”forholdet”. Det er blant annet vist til at det i forarbeidene⁶¹ fremgår at det ikke er nødvendig at den berettigede fremsetter noe konkret krav. Således tyder dette på at det er

⁶¹ Jf. NOU 1987: 24 s. 176.

forholdet, da i betydningen av den inntrufne hendelse eller skade som skal meldes til selskapet.

Wilhelmsen omtaler bestemmelsen i sin artikkel i NFFP nr. 75. Fremstillingen retter seg mot en behandling av den berettigedes kunnskap om skadeforløpet, meldefristens utgangspunkt der forsikringstilfellet utvikler seg over tid og de tilfeller der kravet oppstår etter at forsikringstilfellet er inntruffet. Wilhelmsen synes dog ikke å problematisere hva som konkret menes med kravet. Jeg vil komme tilbake til Wilhelmsen synspunkter i punkt 2.3.3 nedenfor.

Som en foreløpig konklusjon kan det hevdes at det som skal meldes til selskapet er selve hendelsen/skaden eller "forsikringstilfellet". Dette synes også å gi den mest rimelige regelen tatt i betraktning at fristens utgangspunkt regnes fra det tidspunkt den berettigede fikk "kunnskap om det forhold som begrunner" kravet. Motsatt løsning ville lede til at den berettigede i mange tilfeller ville gått glipp av erstatningen som følge av at det ikke lot seg gjøre å fremsette et konkret krav. I denne sammenheng må det imidlertid bemerkes at en skade nødvendigvis ikke alltid er ensbetydende med at det er inntruffet et forsikringstilfelle. I ulykkesforsikring er det nemlig slik at selskapets ansvar ikke oppstår før det er konstatert en medisinsk invaliditet, og det er først da man egentlig kan tale om at det er oppstått et forsikringstilfelle slik dette er definert tidligere i dette punkt⁶². Se for øvrig punkt 2.3.3.4.

At fristens utgangspunkt er knyttet opp mot "kunnskap om de forhold som begrunner" kravet, foranlediger en drøftelse om hva som ligger i nettopp dette, og kanskje kan en fastleggelsen av hva som ligger i dette, knyttet opp mot det som ovenfor er sagt om hva som menes med "kravet", lede til en klarere forståelse av hva som er det materielle innholdet i FAL § 18-5 (1), og da spesielt hva som skal meldes fra til selskapet: Kravet, forsikringstilfellet, eller bare skaden.

⁶² Se tredje avsnitt side 17.

2.3.3 Kunnskap ”om de forhold som begrunner” kravet

2.3.3.1 Innledning

Denne drøftelsen er todelt. For det første må det bringes på det rene hva det kreves kunnskap om, eller hva som menes med ”forhold”. Videre må det bringes på det rene når dette kunnskapskravet er oppfylt, eller når man har tilstrekkelig kunnskap om ”forholdet” til at fristen skal begynne å løpe.

2.3.3.2 Hvilken kunnskap kreves?

En grunnleggende forutsetning for at fristen etter § 18-5 (1) skal begynne å løpe, er at den berettigede har kunnskap om de ”forhold” som begrunner kravet. FAL definerer ikke nærmere hva som skal til for at den berettigede skal ha tilstrekkelig kunnskap.

Bestemmelsens ordlyd gir heller ingen klar anvisning på hvilken grad av kunnskap den berettigede må ha om forholdet for at fristens start skal begynne. Den naturlige forståelsen av ordet kunnskap er imidlertid at ”noe”, i dette tilfelle ”forhold”, må ha kommet til den en persons, i dette tilfelle den berettigedes, kjennskap – altså at den berettigede faktisk vet om forholdet og har reflektert over dette.

Forarbeidene⁶³ gir heller ikke nærmere anvisning på hva slags kunnskap som kreves. Det går likevel klart frem av bestemmelsens ordlyd at det kreves kunnskap om ”de forhold som begrunner” kravet. Samtidig står det i utvalgets utredning⁶⁴ at det kreves ”kunnskap om de faktiske omstendigheter” for at fristen skal begynne å løpe. Dette kan tolkes dit hen at det kreves positiv kunnskap om det aktuelle forhold som er inntruffet og som, i alle fall ved et senere tidspunkt⁶⁵, begrunner kravet – altså ulykkestilfellet.

Når ordet ”kunnskap” er brukt i en lovtekst, er det også etter vanlig juridisk terminologi antatt at det kreves positiv kunnskap. Det er da ikke tilstrekkelig at den berettigede burde

⁶³ Jf. NOU 1987: 24 og Ot. prp. nr. 49 (1988/89).

⁶⁴ Jf. NOU 1987: 24 s. 179.

⁶⁵ Se punkt 2.3.3.4.

visst om de(t) aktuelle forhold, eller burde ha skaffet seg slik kunnskap. For at den berettigede skal kunne melde et krav, må vedkommende også ha positiv kunnskap om det forhold som begrunner dette kravet.

Til inntekt for dette standpunkt kan det også vises til Professor Trine-Lise Wilhelmsen artikkel i NFFP nr. 75, s. 6. Wilhelmsen mener også dette utgangspunktet er lagt til grunn i RG 1997 s. 919⁶⁶. Wilhelmsen mener videre at dommen må tolkes dit hen at kravet om ”positiv kunnskap” relaterer seg til hva den berettigede burde forstå på grunnlag av den informasjonen vedkommende hadde, og ikke hvilken informasjon han faktisk burde ha skaffet seg.

FSN har imidlertid lagt til grunn en annen løsning når det gjelder den berettigedes vurdering av situasjonen ut fra den kunnskap den berettigede faktisk har. I FSN 2618, som gjaldt en tvist om kravet var for sent meldt etter § 18-5 (1), ble den berettigede utsatt for en trafikkulykke som inntraff 23.6.91. Nemnda bemerket at melding om personskaden etter trafikkulykken 23.7.91 først ble gitt personforsikringsselskapet 18.1.95. I mellomtiden hadde den berettigede først hatt en ni måneders lang sykemelding, hvorefter hun 1.4.92 startet i full jobb. Hun ble så sykmeldt på nytt fra 15.4.93, og hadde denne gang vært sykmeldt i 21 måneder før melding ble sendt. Senest ved siste sykemeldingen måtte det fremstå som sannsynlig at det kunne foreligge en varig personskade, slik at fristen etter FAL § 18-5 første ledd begynte å løpe. Melding ble av nemnda da ansett for å ha vært innsendt for sent. Selskapet ble gitt medhold.

⁶⁶ Lagmannsretten uttalte at ”Så vidt vites har man ikke rettspraksis som nærmere klarlegger hvilken kunnskap som skal foreligge for at fristen begynner å løpe og heller ikke hva som nærmere ligger i ”kunnskap”. Under disse omstendigheter antar lagmannsretten at det bør legges til grunn at loven krever positiv kunnskap og at den skal gå ut på at varig invaliditet blir følgen av ulykken. Det samsvarer med en naturlig forståelse av lovens ord. Det pekes også på at foreldelsesloven som er av 1979 har en annen formulering og at forsikringsavtaleloven nettopp ikke lar det være tilstrekkelig at man burde forstå at forsikringstilfellet forelå. På den annen side kan loven ikke antas å stille opp noe krav om at skadelidte skal ha oversikt over invaliditetsgraden.”.

Nemnda legger altså til grunn et synspunkt om at kunnskapskravet er oppfylt, slik at ettårsfristen begynner å løpe fra og med det tidspunkt det for den berettigede måtte fremstå som sannsynlig at det kunne foreligge en varig personskade.

En slik løsning samsvarer likevel dårlig med det som er nevnt over med hensyn til at det kreves ”faktisk” positiv kunnskap. Legger en imidlertid til grunn et at det kreves ”faktisk” positiv kunnskap, betyr dette at den berettigede kan utsette fristens utgangspunkt ved å unnlate å skaffe til veie den informasjon som skal til for å ”fristen til å begynne å løpe”. Dette er ikke holdbart, og Wilhelmsen⁶⁷ mener derfor at kunnskapskravet bør tolkes slik at det avgjørende er den kunnskap den berettigede ville ha ervervet dersom vedkommende hadde utvist normal aktivitet i forbindelse med en skade.

Etter dette kan det foreløpig konkluderes med at kunnskapskravet er oppfylt når man ved vanlig aktsomhet burde ha fått positiv kunnskap om det ”forholdet” som begrunner kravet.

2.3.3.3 De(t) ”forhold som begrunner” kravet

Uttrykket ”forhold” gir isolert sett ingen mening. Det kan derfor være hensiktsmessig å tolke ordet ut ifra § 18-5 første ledds kontekst.

For at den berettigede skal ha et krav mot selskapet må det ha inntruffet en skade eller hendelse som er dekningsmessig etter forsikringsvilkårene (jf. 2.3.2), og ”forhold” synes derfor å bety eller henvise til den dekningsmessige skaden (forsikringstilfellet).

Forsikringslovutvalgets utredning⁶⁸ uttaler at fristen begynner å løpe når den berettigede har fått kunnskap om de faktiske omstendigheter som begrunner erstatningskravet⁶⁹. Det

⁶⁷ Jf. Wilhelmsen, NFFP nr. 75, s. 8.

⁶⁸ Jf. NOU 1987: 24 s. 179.

⁶⁹ Problemet er her igjen at utvalgets lovforslag ikke samsvarer med den endelige lovtekst. Forslaget taler om ”omstendigheter” men loven taler om ”forhold”. Mye taler dog for at departementet ikke har ment at dette skal utgjøre noen realitetsforskjell. Se for øvrig punkt 2.3.2, side 19 og 20.

tales altså ikke om noe forsikringstilfelle, skade eller forhold. Her må man imidlertid ikke glemme at den berettigede for å ha et krav mot selskapet er nødt for å ha vært utsatt for en hendelse eller skade som er dekket av forsikringen – altså et forsikringstilfelle. En naturlig tolkning blir da at kunnskap om de faktiske omstendigheter som utgjør et forsikringstilfelle derfor også må inkludere tistrekkelig kunnskap om skadeårsaken – det er jo først da man kan si at det foreligger en skade (forsikringstilfelle) som kan begrunne et krav, og at det nettopp er dette som menes med ”forhold”, og at det er dette man må ha kunnskap om.

Det materielle innholdet av bestemmelsen er fortsatt ikke klart, og situasjonen bedres ikke ved at FSN i uttalelse nr. 2132 legger til grunn at kunnskap om skadeårsaken ikke er nødvendig. Det er imidlertid vanskelig å se hvordan man skal kunna ha kunnskap om faktiske forhold dersom man ikke er klar over skadens årsak⁷⁰.

Forsikringsskadenemndas uttalelse nummer 2748 gjaldt en sak der den berettigede var utsatt for en alvorlig trafikkulykke, men ikke hadde holdepunkter for å tro at skadene skulle bli varige. Selv om nemnda fant at den ikke kunne komme til en konklusjon med hensyn til om fristen var oversittet, uttalte den at fristens utgangspunkt i prinsippet avhenger av når forsikrede hadde slik kunnskap om at det kunne foreligge varig invaliditet at det ga grunnlag for å reise kravet. Det samme følger av FSN 2942, som også gjaldt en ulykke. Her uttalte nemnda at det avgjørende måtte være at forsikrede ”har nok kunnskap om at det kan foreligge et forsikringstilfelle - her en varig skade.”⁷¹ Dette tyder på at ”forhold” faktisk betyr forsikringstilfelle.

Men i forarbeidene⁷² står det at det ikke er av betydning for fristens utgangspunkt at den berettigede vet at den inntrufne omstendighet gir ham krav på dekning etter en forsikringsavtale – noe som tidligere er antatt å være en forutsetning for å ha et krav mot selskapet. Det kan imidlertid hevdes at må forstås slik at det ikke er en betingelse for

⁷⁰ Se for øvrig Wilhelmsen, NFFP nr. 75 s. 9.

⁷¹ Se også FSN 2943 og 3657.

⁷² Jf. NOU 1987: 24 s. 179.

friststart at den berettigede er kjent med at det foreligger en forsikring eller at han eller hun kjenner til forsikringens dekningsfelt. Dette vil jeg imidlertid komme tilbake til senere i punkt 2.3.3.4 og 2.3.4.

Således står man ovenfor en situasjon der de forskjellige rettskildene trekker i hver sin retning med hensyn til hva man faktisk må ha kunnskap om. Av praksis fra HR, kan det vises til Rt. 2001 s. 1457, selv om denne ikke klargjør spørsmålet om hva som ligger i ”det forhold som begrunner kravet”. HR uttaler likevel at § 18-5 (1) angir når et krav senest må meldes til selskapet. HR uttaler at fristen er kortere enn den ordinære foreldelsesfristen, og utgangspunktet for beregningen er tidspunktet da ”den berettigede fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet”, og at den berettigede, før vedkommende har slik kunnskap, ikke trenger å fremme noe krav overfor selskapet. Som antydnet løser imidlertid ikke dette problemet.

Men skal man komme med en konklusjon må det på bakgrunn av det ovennevnte kunne hevdes at det for at fristen skal begynne å løpe kreves (positiv) kunnskap om de faktiske forhold som utgjør et forsikringstilfelle. Dette betyr altså at det ikke er noen forutsetning for friststart at man vet at de faktiske omstendigheter utgjør et forsikringstilfelle, eller at forholdet har ledet til et konkret krav. Dette er som vist ovenfor også lagt til grunn i praksis.

Dette betyr at den som faktisk har krav på erstatning kan gå glipp av denne dersom vedkommende ikke vet at det foreligger en forsikringsdekning som faktisk gir dekning for den inntrufne hendelse eller skade. Spørsmålet blir likevel om dette er riktig?

Forarbeidene er relativt klare på dette punkt⁷³. Utgangspunkt er at den berettigedes manglende kunnskap om at det foreligger en forsikringsdekning ikke har betydning for fristens utgangspunkt. Således begynner fristen å løpe selv om man ikke vet at det

⁷³ Jf. NOU 1987: 24 s. 179.

foreligger en dekning. Dette underbygges av FSN 2747. Her ble den berettigede utsatt for et trafikkuhell i 87, og utbetaling fra ansvarsforsikringsselskapet fant sted allerede i 90. Til bilforsikringen var det imidlertid tilknyttet en fører/passasjerulykkeforsikring, som skadelidte ikke var klar over før i 94, og selskapet ble da kontaktet. Nemnda ga selskapet medhold og uttalte at fristen begynte å løpe fra utgangen av 90, ”idet nemnda antar at forsikredes manglende kjennskap til at hennes daværende samboer hadde tegnet passasjerulykkesforsikring, ikke utskyter fristens løp. Kravet på erstatning etter denne forsikring var da objektivt sett foreldet da det ble framsatt”.

Dette kan synes som en noe urimelig regel, og som det vil gå frem av punkt 2.3.4 har Forsikringsskadenemnda også antatt at en slik tolking av regelen ikke kan være riktig i alle tilfeller.

I forlengelsen av spørsmålet om kunnskap om forsikringsdekningen, kan det stilles spørsmål ved om manglende kunnskap om selve meldefristen på et år kan føre til at fristens utgangspunkt utskytes. I FSN 2673, der det var på det rene at kravet var meldt for sent, påberopte den berettigede seg at han var ukjent med selve meldefristens eksistens. Til dette uttalte nemnda at ”Det er her tale om en lovbestemt frist, som løper uavhengig av forsikredes kunnskap om den, og hvor det heller ikke foreligger noe direkte pålegg i loven med plikt for selskapene til å informere om fristen.”.

2.3.3.4 Der kravet oppstår etter forsikringstilfelle har inntruffet

Ikke sjelden er det slik at et forsikringstilfelle i seg selv ikke er tilstrekkelig til å begrunne, eller skape et krav mot selskapet. I ulykkesforsikringer er det normalt slik at den berettigede ikke har krav på erstatning før det er konstatert en varig medisinsk invaliditetsgrad som følge av en ulykkesskade⁷⁴. Strengt tatt er det ikke noe forsikringstilfelle før det er konstatert en varig medisinsk invaliditetsgrad som er tilstrekkelig stor til å gi dekning etter vilkårene i forsikringsavtalen. Det er vanlig at selskapene inntar vilkår om at selskapet har enerett med hensyn til fastsettelsen av

⁷⁴ Se f. eks. Vital Forsikring ASAs vilkår for Kollektiv ulykkesforsikring av 1.7.1998, § 2-1-4.

invaliditetsgraden, og det settes ofte som vilkår at dette for eksempel ikke kan skje før det er gått en viss tid⁷⁵ etter at ulykkesskaden ("forsikringstilfellet") inntraff. I relasjon til § 18-5 (1) blir da spørsmålet om alle vilkår for at det skal foreligge et krav mot selskapet, er nødvendig for at meldefristen skal begynne å løpe?

I lys av konklusjonen i punkt 2.3.3.3 stilles det ikke som noe vilkår for meldefristens utgangspunkt at alle vilkår for at et krav er oppstått er tilfredstilt. Igjen må det påpekes at ordlyden i § 18-5 krever at den berettigede skal ha kunnskap om "de forhold som begrunner kravet". I ulykkesforsikring må bestemmelsen rent språklig sett tolkes dit hen at den berettigede må være klar over at det er oppstått en varig medisinsk invaliditetsgrad, da det er dette "forhold" som begrunner kravet, før meldefristen begynner å løpe. Det foreligger med andre ord ikke noe krav mot selskapet, før skaden har materialisert seg i en varig medisinsk invaliditet, og først da er man klar over de faktiske omstendigheter som begrunner kravet.

Forarbeidene⁷⁶ løser ikke dette spørsmålet. Det uttales kun at det er tilstrekkelig å melde forsikringstilfellet innen fristen, og at det ikke er nødvendig å fremsette et bestemt krav innen fristens utløp, noe som isolert sett kun kan tas til inntekt for at meldefristen i alle fall ikke starter før forsikringstilfellet er inntruffet (her den varige medisinske invaliditeten).

Spørsmålet er diskutert i RG 1997 s. 919 som gjaldt invaliditetsdekning i ulykkesforsikring. Dommen er kommentert av Wilhelmsen i NFFP nr. 75, s. 18-24, og der tatt til inntekt for at det faktisk kreves positiv kunnskap hos den berettigede om de faktiske forhold som utgjør et forsikringstilfelle. Retten syntes imidlertid i sin vurdering av spørsmålet om det kreves positiv kunnskap, å knytte kunnskapskravet til at forsikringstilfelle forelå. I tillegg legger retten til grunn at meldefristen begynte å løpe da

⁷⁵ Se f. eks. Vital Forsikring ASAs vilkår for Kollektiv ulykkesforsikring av 1.7.1998, § 2-3-4 punkt 4:

"Erstatning som følge av en ulykkesskade forfaller til betaling når den varige medisinske invaliditetsgrad er fastsatt av Vital, dog tidligst 1 år etter at ulykkesskaden inntraff".

⁷⁶ Jf. NOU 1987: 24 s. 179.

den berettigede skjønnte at vedkommende ville få varige men. På den andre siden ble det anført at loven ikke stiller noe krav om at den berettigede skulle ha oversikt over invaliditetsgraden som til syvende og sist er det forhold som egentlig begrunner kravet.

Wilhelmsen mener resonnementet i dommen ikke er enkel å få tak i. Uten at begrunnelsen skal kommenteres nærmere her, kommer Wilhelmsen, etter også å ha vurdert praksis fra Forsikringsskadenemnda, frem til at man må tolke resultatet av RG 1997 s. 919 og nemndsavgjørelsene⁷⁷ som blir diskutert, slik at man legger til grunn at fristen starter når den berettigede måtte forstå at varig medisinsk invaliditet ville bli resultatet av skaden. Dette stemmer bra overens med den urimelige situasjonen man vil komme i dersom den berettigede kan unnlate å gjøre seg kjent med de faktiske forhold som begrunner kravet⁷⁸.

Dette blir altså et spørsmål om den berettigedes subjektive oppfatning av situasjonen, og ikke når man medisinsk sett har konstatert en varig medisinsk invaliditet. Om dette er en holdbar tolkning av reglene vil jeg imidlertid komme tilbake til i del 3.

2.3.4 Nemndas skille mellom individuelle og kollektive forsikringer

Når det er inntruffet en skade skal denne meldes til selskapet innen ett år etter at den berettigede fikk kunnskap om skaden eller ”de forhold som begrunner kravet”. I punkt 2.3.3.3 går det frem at det i utgangspunktet ikke er noen unnskyldning at man ikke er klar over at det foreligger en forsikringsdekning som kan komme til anvendelse.

Dette er likevel ikke helt riktig. Nemnda synes i enkelte saker å utsette fristens utgangspunkt dersom uvitenheten om forsikringsdekningen ikke er å bebreide den berettigede. Nemnda synes imidlertid å skille skarpt mellom de tilfeller der kravet springer ut av en individuelt tegnet forsikring, kontra en kollektivt tegnet forsikring, slik at fristens utgangspunkt ikke kan utskytes dersom det er snakk om en individuelt tegnet forsikring.

⁷⁷ FSN nr. 1784, 1987, 2016, 2071, 2174, 2199, 2513, 2534, 2748, 2900, 2942 og 2943.

⁷⁸ Jf. punkt 2.3.3.2.

To uttalelser fra Forsikringsskadenemnda vedrørende tvist om for sent meldt krav etter henholdsvis en kollektiv forsikringsavtale og en individuell forsikringsavtale kan belyse problemstillingen. I FSN 3959, som gjaldt et krav etter en kollektiv avtale, hadde den berettigede falt ned fra en stol og skadet hode og arm under arbeid som rengjør på en skole den 24.6.90. Skaden ble av skolens administrasjon meldt til Folketrygden i aug. 90 og til kommunen i egen skademelding i okt. s.å. I forbindelse med behandling av yrkesskadesaken ble forsikredes advokat i jan. 00 gjort oppmerksom på at forsikredes arbeidsgiver hadde tegnet en ulykkesforsikring på sine ansatte. Advokaten tok kontakt med selskapet som avviste ansvar under henvisning til at skaden var for sent meldt og foreldet. Blant andre spørsmål gjaldt saken spørsmålet om skaden er for sent meldt, jf. FAL § 18-5 (1). FSN uttalte at det i praksis var lagt til grunn at vilkåret i FAL §§ 18-5, "kunnskap om de forhold som begrunner kravet", også omfattet kunnskap om at man var dekket av en kollektiv forsikring, med mindre forsikrede kunne bebreides for sin manglende kunnskap om dette. Nemnda så det slik at det i denne saken ikke var grunnlag for bebreidelse mot den berettigede for dennes manglende kjennskap til forsikringsdekningen, og kravet måtte derfor anses meldt i tide etter § 18-5 første ledd⁷⁹.

Dette utgangspunktet gjelder som sagt ikke for individuelle forsikringsavtaler, og FSN 4996 kan belyse dette. Faktum i denne saken er ikke særlig relevant; men det interessante er at nemnda uttaler at den praksis som gjelder vedrørende manglende kunnskap om forsikringsdekningen ved kollektive forsikringer, ikke uten videre kan videreføres når det gjelder individuelt tegnede forsikringer. Nemnda uttaler følgende: "Ifølge nemndas praksis om kollektive forsikringer omfatter kunnskapskravet i § 18-5 også kunnskap om at man er med i en kollektiv forsikringsordning, slik at meldefristen ikke løper så lenge forsikrede ikke kan bebreides for sin manglende kunnskap om dette. Nemnda viser til bl.a. ut. 3959 og 4447. Det finnes ingen tilsvarende praksis for individuelle forsikringer, heller ikke i tilfeller hvor forsikrede ikke er identisk med forsikringstakeren. Nemnda stiller seg tvilende til om

⁷⁹ Det samme standpunkt inntas i blant annet FSN 1792, 2326, 2886, 3432, 3959, 4037, 4447.

det er rom for en tilsvarende praksis for individuelle forsikringer”⁸⁰. Spørsmålet blir etter dette hvilke rettskilder nemnda støtter seg til når den kommer til dette resultatet.

Drøftelsen reiser egentlig to spørsmål: For det første må det bringes på det rene hvorfor nemnda har kommet til at det i enkelte tilfeller foretas en fristforlengelse, og videre hvorfor dette kun er tilfellet der det er snakk om en kollektiv forsikring, og ikke en individuell forsikring. Riktignok skiller FAL 1989 mellom individuelt- og kollektivt tegnede forsikringer. Både FAL del A og del B har egne kapitler med spesialregler henholdsvis for kollektive forsikringer og individuelle forsikringer – så en forskjell er det.

I lovteksten til § 18-5 (og § 8-5) er det likevel ikke nevnt noe om at det skal foretas et skille mellom kollektive og individuelle forsikringer. Det er heller ikke noe i lovteksten som tilsier at man for kollektive forsikringer ikke skal legge til grunn den tolking av regelen som jeg har kommet frem til i punkt 2.3.3.3 – uvitenhet om forsikringsdekningen er ikke fristforlengende. Likevel er det jo slik at man ikke har noen forutsetninger for å melde et krav til selskapet dersom man ikke vet at det foreligger en forsikringsdekning, eller at de inntrufne forhold er dekket av en forsikringsavtale. Spørsmålet blir da om man allikevel må tolke ”kunnskap om forhold” dit hen at det også omfatter kunnskap om forsikringsdekningen, og det faktum at de faktiske omstendigheter som har inntruffet er dekket av en forsikringsavtale. Språklig sett er det mest nærliggende å tolke bestemmelsen slik at det ikke kreves kunnskap om dette forholdet. Ordlyden krever kunnskap om forhold som begrunner et krav, og ikke kunnskap om at det foreligger et krav.

⁸⁰ FSN 3524 er imidlertid nemnda kommet til et annet resultat. Saken er i og for seg såpass spesiell, at den neppe gjør at ovennevnte syn ikke er gjeldende praksis per i dag. Den berettigede ble utsatt for en hendelse som medførte en alvorlig hjerneskade med hukommelsestap. Det var på det rene at forholdet ble meldt selskapet etter fristen på et år etter FAL § 18-5 var utløpt. Nemnda bemerket at det var tale om en individuelt tegnet forsikring som den berettigede i utgangspunktet måtte være kjent med. Men det at den berettigede hadde tapt sin hukommelse og dette hadde medført at han også hadde glemt at han hadde tegnet en forsikring, måtte forsikringens formål, forutsatt av at ulykken var dekningsmessig, tilsi at loven ble tolket slik at kravet til kunnskap ikke ble ansett å være oppfylt, selv om kunnskapskravet i FAL § 18-5 primært relaterer seg til det faktiske grunnlaget for kravet. Den berettigede ble etter dette gitt medhold.

Forarbeidene⁸¹ kan heller ikke tas til inntekt for en slik tolkning, verken med hensyn til fristforlengelsen eller skillet. Forarbeidene sier at ”sikredes manglende kunnskap om at de inntrufne omstendigheter gir ham krav på dekning etter forsikringsavtalen, er i prinsippet uten betydning for ettårsfristens løp”.

Det er to forhold ved dette som likevel er av interesse. For det første snakkes det om ”dekning etter forsikringsavtalen”. Det kan med andre ord synes som om forarbeidene forutsetter at sikrede vet om forsikringsavtalen, eller vet at det foreligger en forsikringsavtale som kan dekke den skade som er oppstått – det står ikke ”dekning etter en forsikringsavtale”. Men dette argumentet faller bort dersom man leser videre i neste avsnitt av forarbeidene. Der er det uttalt at ”det sammen gjelder manglende kunnskap om at det foreligger en forsikring som sikrede er dekket under”. Således står de forutsetninger som er lagt til grunn for tolking av bestemmelsen i sterk kontrast til det standpunkt nemnda har inntatt ved tolkningen av regelen.

Likevel står det i forarbeidene⁸² at dette kun gjelder i prinsippet. Dette kan tyde på at man åpner for at det kan tenkes tilfeller der fristforlengelse kan innrømmes. I lys av det strenge utgangspunkt som forarbeidene tar, må nok dette synspunkt allikevel nedtones.

Wilhelmsen⁸³ er også av den oppfatning at nemndas tolking av reglene ikke synes å ha noen holdepunkter i de rettskilder som knytter seg til § 18-5.

Konklusjonen synes å være at fristens utgangspunkt for kollektivt tegnede forsikringer begynner å løpe når den berettigede faktisk har fått rede på det forhold, eller de faktiske omstendigheter som utgjør et forsikringstilfelle, med mindre det foreligger unnskyldelige omstendigheter som gjør at det ikke var mulig for den berettigede å vite om forsikringsdekningen. Vet man ikke om forsikringsdekningen, og dette er unnskyldelig,

⁸¹ Jf. NOU 1987: 24 s 179.

⁸² Jf. NOU 1987: 24 s 179.

⁸³ Jf. Wilhelmsen, NFFP nr. 75, s. 25-27.

begynner fristen å løpe når den berettigede burde ha skaffet seg slik kunnskap – akkurat på samme måte som at fristen normal begynner å løpe når man måtte forstå at det faktisk forelå en forsikringsdekning. For individuelt tegnede forsikringer gjelder det samme som for kollektivt tegnede forsikringer, med den begrensning at det ikke gis rom for fristforlengelse grunnet uvitenhet om forsikringsdekningen.

2.3.5 Meldingens form

Jeg har til nå vurdert hva som skal meldes til selskapet, og forutsetningene for at ettårsfristen begynner å løpe. Spørsmålet blir om det stilles ytterligere krav til meldingens innhold, eller om det gjelder visse formkrav til meldingen.

Ordlyden i § 18-5 stiller ikke opp ytterligere krav til meldingen. Bestemmelsen taler bare om at ”kravet” må være meldt innen ett år. Med tanke på at det i forarbeidene⁸⁴ er uttalt at det ikke er nødvendig å fremsette et bestemt erstatningskrav, og at det er tilstrekkelig at det gis melding om forsikringstilfellet innen fristen, er det nærliggende å tolke dette slik at det ikke er noen krav til at meldingen er skriftlig.

Selv om det nok er tilstrekkelig å gi muntlig melding til selskapet, må det nok stilles det krav at meldingen inneholder tilstrekkelig informasjon til at selskapet kan identifisere forsikringstakeren, og at det gis den informasjon som er nødvendig for at selskapet skal kunne foreta de undersøkelser som er nødvendige for å bringe på det rene skadeomfang osv⁸⁵. At det ikke stilles krav til skriftlighet, underbygger det standpunkt som er tatt tidligere om at det ikke er selve kravet som skal meldes til selskapet, men snarer den hendelse som et senere krav vil springe ut av. En annen ting er de bevismessige aspekter. I henhold til generelle bevisbyrderegler er det kravstilleren som har bevisbyrden for at ”forholdet” er meldt til selskapet.

⁸⁴ Jf. NOU 1987: 24 s. 179.

⁸⁵ Se også Brynildsen, Lid, Nygård, Forsikringsavtaleloven med kommentarer, s. 470.

2.3.6 Konsekvensen av å ikke melde fra innen fristens utløp

Dersom den berettigede har oversittet fristen blir spørsmålet om den berettigede er helt avskåret fra å gjøre sitt krav gjeldende?

Lovteksten i § 18-5 synes klar på dette punkt. Den berettigede ”mister retten til erstatning dersom kravet ikke er meldt til selskapet innen et år”. Umiddelbart skulle dette tyde på at selskapet er i sin fulle rett til å nekte utbetaling av erstatning dersom den berettigede oversitter fristen, selv om den berettigede i utgangspunktet var utsatt for en skade som var dekningsmessig etter vilkårene.

Forarbeidene⁸⁶ er også klare på dette punkt; den berettigede mister sin rett til erstatning dersom fristen ikke overholdes. Det stilles ikke som noe vilkår at oversittelsen skyldes uaktsomhet hos den berettigede eller at selskapet har blitt påført tap som følge av oversittelsen, slik tilfellet er i § 13-11 (og § 4-10 (3)).

Likevel er det slik at selskapene i visse tilfeller, der de ser at resultatet vil bli for urimelig, viser velvillighet, og likevel utbetaler hel eller delvis erstatning. Hvorfor selskapene i enkelte tilfeller gjør dette i lys av den klare rettstilstanden, er noe usikkert. Dette kan være et resultat av at selskapene ser at regelen i noen tilfeller treffer galt og rammer den berettigede på en urimelig måte.

De uttalelser som er nedfelt i Forbrukerpolitisk handlingsplan kan nok også være av betydning i så måte. Planen som rettskilde er behandlet i punkt 1.2.8. Selv om dette ikke er en juridisk bindende avtale for selskapene, kan det tenkes at de føler seg ”moralsk” forpliktet til å unngå de mest urimelige resultatene. Og som det vil fremgå i del 3 av oppgaven, er det ikke noen tvil om at reglene ofte fører til urimelig resultater i praksis.

⁸⁶ Jf. NOU 1987: 24 s. 179.

I FSN 2174, som gjaldt for sent meldt krav etter § 18-5 (1), ble den berettigede utsatt for en påkjørsel bakfra, som medførte varig medisinsk invaliditet på 15 %. Nemnda kunne ikke ta stilling til selskapets anførsel om at kravet var meldt for sent, men uttalte at i et tilfelle som dette, hvor skaden og årsaksforholdet måtte anses å være på det rene, burde selskapet være varsom med å påberope at kravet er fremsatt for sent. En tilsvarende uttalelse kom i FSN 2107, som gjaldt foreldelse etter § 18-6, og selv om denne uttalelsen ikke ble akseptert av selskapet kan det hende selskapene tar hensyn til de uttalelsene nemnda kommer med.

2.4 Konklusjon

Det materielle innhold i FAL § 18-5 (1) er etter en tolkning av de relevante rettskildene ikke lett tilgjengelig. Ut fra drøftelsen i kapittel 2.3 kan man likevel trekke visse konklusjoner med hensyn til hvordan bestemmelsen faktisk forstås og praktiseres.

Innholdet i bestemmelsen kan sies å være todelt. Meldefristen starter som utgangspunkt å løpe når den berettigede ”måtte ha fått” positiv kunnskap om det faktum, eller de faktiske hendelser som utgjør et forsikringstilfelle. Man trenger altså ikke å melde et konkret erstatningskrav til selskapet innen fristen på et år. I ulykkesforsikring regnes imidlertid ikke fristen før den berettigede må anse det som sannsynlig at ulykkeshendelsen, som utgjør et forsikringstilfelle, vil lede til varig medisinsk invaliditet.

I utgangspunktet har det ikke noe å si for fristens utgangspunkt at den berettigede ikke er klar over at det foreligger en forsikring som gir dekning for det inntrufne. Dette gjelder dog ikke for kollektive forsikringer, der det er lagt til grunn at unnskyldelig uvitenhet om forsikringsdekningen innebærer at friststarten utskytes. At man ikke vet om selve meldefristregelen i FAL er under ingen omstendighet fristforlengende.

3 En kritikk av dagens rettstilstand

3.1 Innledning

I del 2 ble det gitt en fremstilling av hvordan § 18-5 (1) tolkes og anvendes i praksis. I denne delen av oppgaven vil jeg vurdere rettstilstanden i et kritisk lys. I punkt 3.2 vil jeg vurdere nemndas skille mellom individuelle- og kollektive forsikringsavtaler. I punkt 3.3 vil jeg drøfte om de hensyn som departementet og forsikringslovutvalget la til grunn for regelen er tilstrekkelig tungtveiende til å begrunne bestemmelsens eksistens i dagens form, og om det overhode er slik at disse hensyn gjør seg gjeldende i dag. Til slutt vil jeg i 3.4 vurdere den løsning man har i Danmark og Sverige, opp mot vårt eget regelverk, for så i punkt 3.5 å avslutte med en oppsummering og kritikk, der jeg også vil komme med et forslag til hva som bør gjøres i forhold til § 18-5 og den rettstilstand vi har i dag.

3.2 Nemndas skille mellom individuelle og kollektive forsikringsavtaler

3.2.1 Innledning

Som drøftet i del 2 tolker FSN § 18-5 (1) utvidende i visse tilfeller der den mener det er unnskyldelig at den berettigede ikke vet at det foreligger en kollektiv forsikringsavtale. Det er ikke helt lett å forstå hvilke rettslige holdepunkter en slik utvidende tolkningen har, og dette vil bli påpekt i punkt 3.3.2. Deretter vil jeg vurdere hvorfor, og om det er holdbart at nemnda inntar et slikt skille mellom individuelt- og kollektivt tegnede forsikringer i punkt 3.3.3.

3.2.2 Nemndas begrunnelse for tolkningen

Den tolkning nemnda foretar av § 18-5 har ikke støtte i lovens ordlyd og de forutsetninger som er lagt til grunn i forarbeidene til § 8-5 (1)⁸⁷. Hva gjør likevel at nemnda kommer frem til den løsning den faktisk gjør?

Nemnda har lagt til grunn at unnskyldelig villfarelse med hensyn til om det foreligger en kollektiv forsikring utsetter meldefristen⁸⁸. Forutsetningen er imidlertid at denne uvitenheten ikke kan bebreides den berettigede. Problemet er at nemnda ikke begrunner hvorfor den kommer frem til dette resultatet.

Det kan imidlertid tenkes at det er et urimelighetssynspunkt kombinert med reelle hensyn som ligger bak nemndas standpunkt, da det er på det rene at det ville være urimelig dersom en berettiget vil gå glipp av en eventuell erstatning i de tilfeller der vedkommende faktisk ikke har hatt noen forutsetninger for å melde fra til selskapet om de faktiske forhold. Om dette rent rettslig er et holdbart argument er mer tvilsomt.

En kan tenke seg at en fristforlengelse begrunnet ut fra unnskyldelig villfarelse om en dekning etter en kollektiv avtale kan forankres i et synspunkt om selskapets manglende informasjon om dekningen til forsikringstakeren⁸⁹. Selskapets informasjonsplikt ved inngått kollektiv forsikringsavtale er regulert av FAL § 19-3. Bestemmelsen pålegger selskapet og forsikringstakeren på forsvarlig måte å sørge for at de som er eller kan bli medlemmer av forsikringsordningen ved inngåelsen, og senere med passe mellomrom, å bli orientert om de forhold som er nevnt i § 19-2. Spørsmålet blir om selskapet kan lastes dersom forsikringstakeren ikke oppfyller ”sin del” av informasjonsplikten, men dette

⁸⁷ Jf. NOU 1987: 24 s 179 og Ot. prp. nr. 49 (1988-89) s. 144-145.

⁸⁸ Se f. eks. FSN 886, 1725, 1792, 3959, 4447 og 4996.

⁸⁹ En kollektiv forsikringsavtale inngås av en forsikringstaker, som f. eks. kan være en arbeidsgiver, på vegne av de som blir forsikrede (berettigede). Således er de berettigede avhengig av å få informasjon om at man er omfattet av en sådan forsikring – enten av den som inngår avtalen (forsikringstakeren) eller selskapet.

problemet er løst i § 19-8 (2) som nærmest oppstiller en fullstendig identifikasjon mellom selskapet og forsikringstaker.

Etter dette kan det hevdes at den berettigedes manglende informasjon om en avtale, relaterer seg til om selskapet eller forsikringstakeren har gitt vedkommende tilstrekkelig informasjon til å vite at det foreligger en avtale. En slik tilnærming- og begrunnelse for den fristforlengelse som nemnda i enkelte tilfeller innrømmer den berettigede, vil nok føre til det samme resultat som det som følger av praksis fra FSN. Begrunnelsen vil dessuten bli mer i samsvar med lovens system⁹⁰.

3.2.3 Nemndas begrunnelse for skille

Ovennevnte gjelder ikke dersom man taler om en individuelt tegnet forsikring⁹¹. Dette er naturlig dersom man legger ovennevnte informasjonssynspunkt til grunn; en individuelt tegnet forsikring inngås av den forsikrede selv, og denne har da alle forutsetninger for å vite at det foreligger en forsikringsavtale. Dette forutsetter at selskapet har oppfylt sin informasjonsplikt etter FAL kapittel 11. Skille har likevel ikke hjemmel i § 18-5.

Men siden nemnda gir uttrykk for at det er et ”unnskyldelighetsprinsipp” som ligger til grunn for fristforlengelsen, og ikke manglende informasjon, blir spørsmålet om ikke dette prinsippet også må gjelde for individuelt tegnede forsikringer der tilsvarende hensyn gjør seg gjeldende. Finnes det med andre ord noen gode grunner for da å ikke utskyte fristen i individuelle avtaler der det er på det rene at den berettigede ikke har hatt forutsetninger for å melde fra til selskapet grunnet uvitenhet om forsikringsdekningen?

For individuelle ulykkesforsikringer oppstår problemet med manglende kunnskap om forsikringsdekningen i dødsfallsituasjonene, fordi det da ikke er forsikringstakeren som utleder rettigheter etter avtalen, men dennes nærstående. Dersom forsikringstakeren dør, har de berettigede i mange tilfeller ikke har noen forutsetninger for å kjenne til

⁹⁰ Se Wilhelmsen, NFFP nr. 75, s. 27.

⁹¹ Som eksempel nevnes blant andre FSN 4996. Se dog FSN 3524, kommentert i note 81.

forsikringsdekningen. Et eksempel kan være til hjelp for å belyse dette. Ved kjøp av reiser med kredittkort blir den reisende i mange tilfeller automatisk tilknyttet en ulykkesforsikring som også kommer til utbetaling ved den forsikredes død. Dersom forsikringstakeren dør er det de etterlatte som er de berettigede etter avtalen. Den eneste måten de kunne fått kunnskap om dekningen på, er om forsikringstageren uttrykkelig hadde opplyst de berettigede om at reisen var betalt med kredittkort, og at det av denne grunn forelå en ulykkesforsikring. Det er også slik at selskapene ikke sender ut vilkår og forsikringsbevis ved slike avtaler – dette blir ofte gjort kun dersom den forsikrede tar kontakt med selskapet og krever erstatning.

Av det som fremgår i del 2 begynner meldefristen, også i eksempelet ovenfor, å løpe når de berettigede ble klar over de forhold som begrunner kravet – her den ulykkeshendelsen som medførte den forsikredes død ("forsikringstilfelle"). Dette kan skje uavhengig av om de berettigede vet at det foreligger en forsikring som gir krav på erstatning, og således vil de berettigede fordi de var uvitende om dekningen kunne miste retten til erstatning fordi kravet ikke blir meldt innen fristens utløp.

Det kan hevdes at dette syn er for strengt, og at en slik tolkning av bestemmelsen, i spesielle tilfeller lede til urimelig resultater – spesielt der begrunnelsen for fristforlengelse etter kollektive forsikringer, unnskyldelig uvitenhet om dekningen, også gjør seg gjeldende for individuelt tegnede forsikringer.

Derfor kan det hevdes at en utvidende tolking også bør kunne forsvares i en sak der det er snakk om en individuelt tegnet forsikring, når de hensyn som ligger til grunn for den utvidende tolkning etter kollektive forsikringer gjør seg gjeldende. Det bemerkes igjen at sontringen mellom individuelle og kollektive forsikringer ikke har hjemmel i § 18-5 rettskilder. Det kan hevdes at de etterlattes rett til dekning ikke er mindre beskyttelsesverdig bare fordi retten utledes fra en individuelt tegnet forsikring. Dermed synes det absolutte skille nemnda gir uttrykk for ikke å være riktig. Spesielt når man legger

til grunn nemndas egen begrunnelse for å innrømme berettigede fristforlengelse etter kollektive forsikringsavtaler.

3.3 Gjør hensynene bak meldefristen seg gjeldende?

3.3.1 Hensyn

Forarbeidene⁹² inneholder ikke kommentarer vedrørende § 18-5 av den grunn at utvalget ikke foreslo å videreføre den regel om meldefrist som eksisterte etter FAL 1930 § 30 for personforsikring⁹³. Departementet viser imidlertid, hva angår det nærmere innholdet av § 18-5, til forarbeidene til § 18-5⁹⁴. Således må en tolke departementet slik at det er av den oppfatning at de samme hensyn som ligger til grunn for § 8-5, også gjør seg gjeldende for § 18-5.

Før jeg går inn på hva som uttales i forarbeidene til § 8-5⁹⁵, er det hensiktsmessig å forklare hvorfor forsikringslovutvalget foreslo å ikke videreføre en tilsvarende regel som i FAL 1930 § 30 for personforsikringer. Utvalget konkluderte først med at hensynet til den dagjeldende regelen var selskapenes interesse i å få oversikt over krav så fort som mulig, blant annet for å sikre bevis. Utvalget fant ikke at disse hensyn kunne sies å være så tungtveiende at de berettiget en videreføring av regelverket, blant annet fordi dette medførte en uoversiktlig situasjon med hensyn til hvilke fristregler som gjaldt, og fordi dette kunne lede til uforskyldte rettstap. Videre mente utvalget at siden selskapene sjeldent påberopte seg regelen var behovet for en slik regel ikke lenger til stede. Utvalget fant det heller ikke godtgjort at selskapene hadde en særlig interesse i å kunne påberope seg en særlig meldefrist utover de vanlige regler man hadde om foreldelse⁹⁶.

⁹² NOU 1983:56

⁹³ Jf. NOU 1983:56 s. 160.

⁹⁴ Jf. Ot. prp. nr. 49 (1988-89) s. 144.

⁹⁵ Jf. NOU 1987: 24 s. 175-177 og 179.

⁹⁶ Se for øvrig NOU 1983: 56 s. 159-160.

Utvalgets flertal mente imidlertid at hensynene i skadeforsikring var annerledes enn de hensyn som gjorde seg gjeldende for personforsikring (ulykkes- og sykeforsikring). Det ble uttalt at så vel mengden av krav og den relativt beskjedne størrelsen på disse tilsa at det burde finnes regler som fremtvang et rimelig hurtig oppgjør i skadeforsikring, når "(det mulige) kravet først er kjent for sikrede". Mindretallet mente imidlertid at de hensyn som gjorde seg gjeldende for personforsikring også gjorde seg gjeldende for skadeforsikring⁹⁷. Flertallet begrunnet altså bestemmelsen ut fra selskapets interesser i å få hurtig klarhet i eventuelle krav.

I departementets proposisjon⁹⁸ er det bemerket at man, i strid med utvalgets synspunkt, burde videreføre reglene fra FAL 1930 også for ulykkes- og sykeforsikring. Det ble uttalt at de hensyn som begrunnet en regel i skadeforsikring, også gjorde seg gjeldende i ulykkes- og sykeforsikring: "På samme måte som i skadeforsikring, vil det også i ulykkes- og sykeforsikring ofte kunne dreie seg om erstatningskrav av relativt beskjeden økonomisk betydning hvor det kan være behov for avklaring innen rimelig tid". En annen begrunnelse for regelen var at det ville være uhensiktsmessig med to forskjellige meldefristregler når man nå så at det ble markedsført såkalte "kombinerte" forsikringer som både hadde element av å være en skadeforsikring og ulykkes- og sykeforsikring. Til slutt ble det vist til at reglene på det tidspunkt som departementet foreslo regelen ikke kunne påvises dårlige erfaringer med det regelverk og system som nå eksisterte.

Altså la departementet til grunn at de hensyn som talte for en meldefristbestemmelse i skadeforsikring, også gjorde seg gjeldende for ulykkes- og sykeforsikring, selv om det er snakk om to forskjellige typer forsikring, og forsikringslovutvalget gikk inn for å fjerne bestemmelsen for ulykkes- og sykeforsikringenes vedkommende.

⁹⁷ Se for øvrig NOU 1987: 24 s. 176.

⁹⁸ Ot. prp. nr 49 (1988-89) s. 142-144.

3.3.2 Gjør disse hensyn seg gjeldende i dag?

I lys av den omfattende praksis man har fra Forsikringsskadenemnda, som viser at selskapenes nå påberoper seg § 18-5 i langt hyppigere grad enn før, og det faktum at regelen har vist seg å lede til urimelig resultater i praksis, kan man nå si at departementets syn (som utvalget i og for seg også inntok), om at de reglene som gjaldt etter FAL 1930 § 30 ikke syntes å lede til urimelige resultater i praksis, ikke lenger kan sies å være et riktig synspunkt. Det må også kunne hevdes at det er noe bemerkelsesverdig at departementet går inn for en videreføring av en regel som det selv antar ikke har noen betydning i praksis, bare fordi den ikke synes å lede til urimelig resultater.

Videre er det grunn til å kritisere departementets syn om at man i mange tilfeller vil stå ovenfor krav av beskjedne økonomisk verdi. For det første kan det hevdes at den berettigedes tap av selv små krav, kan medføre betydelige økonomiske problemer. Det er urimelighet at man på denne måten ser bort ifra den svake part i avtaleforholdet – selskapet er den part som er økonomisk ”uavhengig”. Videre kan ikke den forutsetning flertallet i utvalget inntar med hensyn til at det for skadeforsikringer ofte ikke er snakk om betydelige økonomiske krav⁹⁹, sies å gjøre seg gjeldende for ulykkesforsikringer, der kravene ikke sjeldent kommer opp i flere hundretusen kroner. At departementet ukritisk lar dette hensynet også gjelde for personforsikring er kritikkverdig. Dersom det skulle være slik at det kun var forsikringssaker vedrørende små beløp som skulle være grunnen for regelen, tilsier dette at selskapene heller burde stille seg selv i en slik økonomisk situasjon at det har reserver til å dekke slike krav, dersom det ikke er noe å klandre de berettigede for med hensyn til at kravet er meldt senere enn ett år etter forholdet faktisk inntraff.

Selv om man må akseptere at selskapene har et vist behov for rask avklaring, må dette behovet ses i sammenheng med den type forsikring det dreier seg om. I ulykkesforsikringer er det slik at selskapene innrømmer seg selv vide tidsmarginer i vilkårene med hensyn til avklaring av kravets berettigelse. Det vil da være urimelig å tvinge den berettigede til

⁹⁹ Jf. NOU 1987: 24 s. 176.

aktivitet så lenge kravet kan sies å være under utvikling. Det må antas at de fleste som blir skadet i det lengste vil forsøke å bli friske, og gjøre sitt beste for å komme tilbake i jobb. At man som følge av en slik innstilling står i fare for å miste sitt krav mot selskapet som følge av oversittet meldefrist, dersom man mot formoding ikke skulle bli bra, virker nokså urimelig. Denne situasjonen leder etter mitt syn til et uheldig samfunnsøkonomisk resultat ved at man oppfordrer den skadede til hyppige legekonsultasjoner og sykemeldinger, og i stede ”straffer” den som iherdig prøver å bli frisk å komme tilbake i arbeid.

Dette skal likevel ikke tas til inntekt for at man ikke skal ha en regel om melding av forsikringstilfellet begrunnet ut fra selskapets interesse i å raskt sette i gang skadebegrensende tiltak osv., slik at man unngår at forsikringstilfellet (kravet) eskalerer unødvendig. Men for dette tilfellet har man en regel om melding av forsikringstilfellet etter § 13-11 som ivaretar selskapenes interesse på dette punkt.

3.4 Løsningene i våre naboland

3.4.1 Innledning

Før oppgaven avsluttes og jeg kommer med mitt syn på hvordan reglene etter norsk rett bør være, kan det være hensiktsmessig å se hvordan rettstilstanden er i Danmark og Sverige, og vurdere denne opp mot den norske rettstilstanden slik den er i dag.

3.4.2 Meldefristregler etter dansk rett

Dansk rett inneholder to regler om foreldelse. Siden denne loven¹⁰⁰ baserer seg på samme system som FAL 1930 skiller man ikke mellom skadeforsikringer og personforsikringer. Derfor gjelder §§ 29 og 30 for ulykkes- og sykeforsikringer.

§ 29 er en foreldelsesregel, og har en subjektiv foreldelsesfrist som baserer seg på forsikringstakers kunnskap om kravet, og en objektiv foreldelsesregel som angir når kravet uansett går tapt. Bestemmelsen går ut på at krav som springer ut av forsikringsavtalen

¹⁰⁰ Lov nr. 129 av 15. april 1930 om forsikringsavtaler.

foreldes to år etter utgangen av det kalenderår forsikringstakeren fikk kunnskap om kravet og det er forfalt, og uansett foreldes kravet etter fem år etter kravets forfallstid – da uavhengig av om den forsikringstakeren visste om kravet eller ikke. I en av kommentarutgavene¹⁰¹ til loven uttales det at den ikke lenger tjener det opprinnelige formål som var å ta hensyn til selskapenes interesse i å få fastslått hva selskapene kunne vente seg av fremtidige forsikringsutbetalinger, slik at de kunne avsette penger til utbetalinger. Det blir vist til at dette især gjelder i forhold til senskader i ulykkesforsikringer.

En står altså ovenfor de samme problemer man har i Norge med hensyn til invaliditetsdekning i ulykkesforsikring. Men dansk praksis har lagt til grunn at fristen løper fra det tidspunkt den berettigede har fått kunnskap om kravet og at dette er forfalt¹⁰². Man utelukker heller ikke erstatning for senskader der disse viser seg mange år etter ulykken¹⁰³. Praksis viser at man tolker § 29 noenlunde likt som § 18-5 (1) blir i Norge, ved at man sier at fristen ikke begynner å løpe før den berettigede har fått kunnskap om den at skaden vil gi varig medisinsk invaliditet¹⁰⁴.

I og med at § 29 ikke er preseptorisk, og det må antas at danske vilkår i stor grad fraviker § 29, innholder § 30 regler om hva som kan avtales med hensyn til hvilken meldefrist som må overholdes. Bestemmelsen er delt i to ledd. Første ledd forutsetter at forsikringskravet allerede er meldt til selskapet, og bestemmer at selskapet dersom det er uenig i kravet som er fremsatt, ikke kan bestemme at det skal foreldes før senest etter seks måneder.

I § 30 andre ledd fremgår det at det ikke kan avtales en kortere foreldelsesfrist enn tre måneder regnet fra det tidspunkt den berettigede fikk kunnskap om de omstendigheter som begrunner kravet. I kommentarene¹⁰⁵ til bestemmelsen er det anført at dette ofte vil være

¹⁰¹ Jf. Ivan Sørensen, s. 123-133.

¹⁰² Jf. Ivan Sørensen, s. 129-130.

¹⁰³ Jf. Ivan Sørensen, s. 130.

¹⁰⁴ Jf. RG 1997 s. 919.

¹⁰⁵ Jf. Ivan Sørensen, s. 134.

det tidspunkt den berettigede får kunnskap om forsikringsbegivenheten, og det behøver av den grunn ikke foreligge et (betalings) krav før fristen begynner å løpe. Dette er en regel, som foruten fristene synes lik den regel vi har FAL § 18-5 (1), ved at man ikke trenger å vite om størrelsen på kravet før fristen begynner å løpe. I kommentarutgaven¹⁰⁶ uttales det at bestemmelsen ikke er lett tilgjengelig, og at det heller ikke finnes mye praksis omkring bestemmelsen. Dette kan tyde på at den ikke har ledet til urimelige resultater i praksis, noe som ikke virker unaturlig med tanke på de uttalelser som er gjengitt i de norske forarbeider¹⁰⁷.

3.4.3 Meldefristregler etter svensk rett

Mer interessant kan det være å se hvordan man har gjort det i Sverige. Loven er nå vedtatt, og det er planlagt at den skal tre i kraft 1.1.06¹⁰⁸. I lovforslaget har man også vurdert rettstilstanden i både Norge, Danmark og Finland¹⁰⁹. Dette betyr sannsynligvis at man var oppmerksom på de problemer eksisterende regelverk ledet til.

Den nye loven kan minne om vår egen forsikringsavtalelov, ved at den er delt opp i deler etter hva slags forsikringstype det er snakk om. Del 3 gjelder individuell personforsikring, mens del 4 som gjelder kollektive forsikringer. Denne delen er igjen delt inn kapitler for skadeforsikring og personforsikring. Reglene om meling av forsikringstilfellet og foreldelse av forsikringskrav finnes for personforsikring i kapittel 16, §§ 3 til 5. I kapittel 20, som gjelder for kollektive personforsikringer, følger det av § 15 at §§ 1 til 5 i kapittel 16 gjelder tilsvarende for kollektive personforsikringer.

¹⁰⁶ Jf. Ivan Sørensen, s. 134.

¹⁰⁷ Jf. Ot. prp. nr. 49 (1988/89) s. 95.

¹⁰⁸ Jf. <http://www.regeringen.se/sb/d/3791/a/23745>

¹⁰⁹ Jf Prop. 2003/04:150 punkt 4-8 Nordisk rett.

§ 3 omhandler den berettigedes plikt til å melde fra om forsikringstilfelle¹¹⁰. Lovtekstens første ledd gir forsikringsselskapene anledning til fritt å avtale hvilken frist den berettigede må forholde seg til med hensyn til melding av forsikringstilfellet. Dersom fristen satt i vilkårene ikke overholdes kan selskapets ansvar settes ned etter hva som er rimelig etter omstendighetene. Det er likevel et vilkår at selskapet har blitt påført et tap som følge av forsømmelsen, og videre følger det av andre ledd at første ledd ikke kommer til anvendelse dersom forsømmelsen beror på en uaktsomhet som har vært betydelig. Proposisjonen angir også at det må være slik at de vilkår som påberopes fra selskapets side, er rimelige¹¹¹.

Mens § 3 gjelder melding om forsikringstilfellet, gjelder § 5 foreldelse av forsikringskrav. Regelen går ut på at den som vil gjøre et krav gjeldende, må rette dette til selskapet innen tre år etter at han fikk kjennskap til at kravet kunne gjøres gjeldende. Den berettigede har altså en frist på tre år, regnet fra den tid da den berettigede fikk subjektiv kunnskap om kravet. I tillegg til denne fristen gjelder det en objektiv absoluttfrist på 10 år, der fristen gjelder fra det tidspunkt der kravet kunne vært gjort gjeldende.

Som det fremgår av ovennevnte har ikke Sverige en regel lik vår § 18-5 (1). Man har en regel om melding av forsikringstilfellet, ikke ulik den regel vi hadde i FAL 1930 § 30, med den forskjell at det i svensk rett kreves at forsømmelsen av å melde kravet må ha påført selskapet et tap. Dette er ikke ulikt den regelen vi i dag har i Norge i § 13-11 (2). Videre har man i Sverige en vanlig foreldelsesregel ikke ulik den vi hadde i FAL 1930 § 29.

¹¹⁰ § 3 gjengitt ordrett på svensk: ” Om den ersättningsberättigade har försummat att följa försäkringsvillkor om skyldighet att anmäla försäkringsfall till försäkringsbolaget inom viss tid eller villkor eller anvisningar enligt dessa om skyldighet att medverka till utredningen av försäkringsfallet eller av bolagets ansvar, och försummelsen har medfört skada för bolaget, kan den ersättning som annars skulle ha betalats till honom sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

Första stycket tillämpas inte om oaktsamheten har varit ringa.

¹¹¹ Jf. Prop. 2003/04:150 s. 310.

Fordelen med en slik løsning er at man slipper den noe uklare rettstilstanden på dette området som vi har i Norge. Regelsettet er betydelig enklere å forholde seg til både for kundene og selskapet. Problemet med det svenske systemet er at det kanskje kan lede til at de berettigede får en noe kortere frist på seg til å agere ovenfor selskapet, kontra den ettårsfristen som gjelder i Norge. Men dette er heller ikke helt riktig – i Norge må jo de berettigede forholde seg til den fristen som gjelder etter FAL § 13-11 om å melde forsikringstilfellet uten ugrunnet opphold. Det svenske regelverket kan sies å bygge på en forbedring av det systemet som gjelder etter dansk rett og som gjaldt etter vår gamle forsikringsavtalelov.

3.5 Avslutning

Fremstillingen viser at § 18-5 (1) er blitt en noe uheldig bestemmelse. Hva som er en riktig eller gal tolkning av bestemmelsen er ikke lett å konkludere med.

Praksis har vist at bestemmelsen tolkes slik at det ikke er selve kravet som skal meldes til selskapet, men snarere at man skal melde fra om den hendelse eller skade som eventuelt senere kan resultere i et krav mot selskapet. Selv om dette kanskje er eneste rimelige måte å tolke bestemmelsen på, er man altså i en situasjon der tolkningsresultatet ikke stemmer overens med lovtekstens ordlyd.

Videre er det slik at det kreves kunnskap om ”de” aktuelle forhold som begrunner kravet. Det naturlig å tolke dette slik at den berettigede må ha kunnskap om alle vilkår for at et erstatningskrav skal foreligge. Det er på dette tidspunkt man har tilstrekkelig kunnskap til å begrunne kravet. På det tidspunkt som legges til grunn for meldefristens start¹¹², har man sjelden den kunnskap som etter lovens ordlyd tilsynelatende kreves for at man skal kunne melde et krav til selskapet¹¹³. Dersom det var meningen, slik utvalget¹¹⁴ og

¹¹² Jf. konklusjonen i punkt 2.4.

¹¹³ Se for øvrig Wilhelmsen, NFFP nr. 75 s. 23.

¹¹⁴ Jf. NOU 1987: 24, s. 179.

departementet¹¹⁵ har lagt til grunn, at kunnskap om forsikringstilfelle er tilstrekkelig til at fristen begynner å løpe, burde man heller i lovteksten ha sagt at den berettigede måtte ha kunnskap om ”det forhold”, altså forsikringstilfelle, eller det burde rett å slett stått ”forsikringstilfellet”.

Det er videre uheldig at man har en regel som i følge overskriften handler om det samme som en annen bestemmelse i samme lov (§ 13-11). Dette er egnet til å skape unødvendig tvil om hvordan bestemmelsen skal forstås. Bestemmelsen passer dårlig inn i det system vi har i FAL, med tanke på at vi også har en melderegel i § 13-11, og at forsikringskrav også kan bortfalle ved foreldelse etter § 18-6.

Videre er det slik at bestemmelsen selv operer med en ordbruk som er inkonsekvent, noe som kan forvirre rettsanvenderen, som oftest er legfolk som har behov for klare og enkle regler å forholde seg til. Dersom konsekvensen av dette kan føre til at den berettigede mister sin rett til erstatning er dette kritikkverdig.

Videre skaper reglene om meldefrister i stor grad problemer der forsikringstilfellet utvikler seg over tid, i dette tilfelle ved invaliditetsdekninger i ulykkesforsikring. For tingskadeforsikringer er dette ofte ikke noe problem, da man oftest har en markert hendelse som har synliggjort seg i en skade, og hvor det oftest vil være klart om det dreier seg om en dekningsmessig skade. At departementet ikke ser denne vesentlige forskjellen, må sies å være kritikkverdig. Det vises for øvrig her til punkt 2.3.3.4.

Etter dette kan det slås fast at bestemmelsen leder til en unødvendig komplisert rettstilstand når det gjelder den berettigedes meldeplikt. Mye av grunnen til dette er at man ikke her ordentlige forarbeider til bestemmelsen. Videre er det slik at de forutsetninger og hensyn som lå til grunn for departementets syn med hensyn til å innta en tilsvarende bestemmelse som § 8-5 for skadeforsikringer, i realiteten ikke kan sies å berettige en tilsvarende regel

¹¹⁵ Jf. Ot. prp. nr. 49 (1988/89) s. 144.

for ulykkes- og sykeforsikringer. Praksis viser at de berettigede i ulykkesforsikringer helt uten skyld kan gå glipp av en erstatning de i utgangspunktet har krav på, jf. eksempelet i punkt 3.3.3.

Hensynet til de berettigede taler slik jeg ser det, for at bestemmelsen i § 18-5 (1) sløyfes. Selskapets interesser vil ved en eventuell opphevelse av § 18-5 (1) være ivaretatt gjennom FAL § 13-11 om den berettigedes plikt til å gi melding om forsikringstilfellet uten ugrunnet opphold. I tillegg vil forsikringskravet foreldes etter den foreldelsesregel som er inntatt i FAL § 18-6. FAL §§ 13-11 og 18-6 burde være tilstrekkelige til å ivareta selskapenes behov for avklaring. Således er det gode holdepunkter for å anta at forsikringslovutvalgets syn med hensyn til ikke å videreføre en egen regel for melding av krav i personforsikring, var vel begrunnet¹¹⁶.

Alternativt bør ikke meldefristen etter mitt syn begynne å løpe før alle vilkår for selskapets ansvar er oppfylt, eller alle forutsetninger for å ha et krav mot selskapet er til stede – noe både ordlyden og hensynet til den berettigede taler for. Men dette er ikke i overensstemmelse med rettspraksis og det meste av praksis fra nemnda, så en slik tolkning kan nok ikke godtas før en eventuell lovendring er et faktum¹¹⁷.

Om dette også bør gjelde for skadeforsikring er en annen sak, men mye taler etter mitt syn for at § 8-5 også er unødvendig å ha i tillegg til §§ 4-10 (3) og 8-6.

¹¹⁶ Jf. NOU 1983: 56 s. 160.

¹¹⁷ Dette er i samsvar med Wilhelmssens oppfatning i NFFP nr.75, s. 24

4 Litteraturliste

Bøker

Bull, Hans Jacob. Innføring i forsikringsrett – utkast til en lærebok. Oslo, august 2003.

Brynildsen, Lid, Nygård. Forsikringsavtaleloven med kommentarer. Oslo 2001. ISBN: 82-05-28040-1.

Eckhoff, Torstein. Rettskildelære. 5. utgave ved Jan E. Heljesen. Oslo 2001. ISBN: 82-518-3988-2.

Artikler

Bull, Hans Jacob. Nytt i privatretten, 2002/1.

Wilhelmsen, Trine-Lise. NFFP nr. 75. Referat fra møte i Norsk Forsikringsjuridisk forening, 12. februar 1998.

Lover

Lov om forsikringsavtaler av 6. juni 1930. (Opphevet).

Lov om forsikringsavtaler (forsikringsavtaleloven) av 10. juni 1989 nr. 69.

Forarbeider

Forarbeider til lov av 6. juni 1930 nr. 20 om forsikringsavtaler:

Ot. prp. nr. 25 for 1930 med særskilt bilag.

Inst. O. XXIV for 1930

Forhandl. i Odelst. for 1930 side 1046-1095.

Forhandl. i Odelst. for 1930 side 350-361.

Forarbeider til lov av 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler:

NOU 1983: 56 Lov om avtaler om personforsikring.

NOU 1987: 24 Lov om avtaler om skadeforsikring.

Ot. prp. nr. 49 (1988/89) Om lov om forsikringsavtaler m.m.

Dommer

Rt. 1987 s. 744.

Rt. 1988 s. 394.

Rt. 1993 s. 1482

Rt. 1999 s. 7.

Rt. 2000 s. 70.

Rt. 2001 s. 1451.

RG 1991 s. 337.

RG 1995 s. 377.

RG 1997 s. 919.

Forsikringsskadenemndas uttalelser

FSN 886	FSN 2326	FSN 2943
FSN 1725	FSN 2513	FSN 3061
FSN 1784	FSN 2534	FSN 3432
FSN 1792	FSN 2618	FSN 3524
FSN 1987	FSN 2673	FSN 3657
FSN 2016	FSN 2747	FSN 3959
FSN 2071	FSN 2748	FSN 4037
FSN 2107	FSN 2886	FSN 4447
FSN 2132	FSN 2900	FSN 4996
FSN 2174	FSN 2942	FSN 5575
FSN 2199		FSN 5763

Elektroniske kilder

www.lovdatab.no

www.forsikringsklagekontoret.no

www.regeringen.se

Utenlandske rettskilder

Svensk rett:

Ny Försäkringsavtalslag, Vedtakelsesnummer 2005:104. Vedtaksdato:10.3.05. Trer i kraft 1.1.06.

Prop. 2003/04:150.

Dansk rett:

Lyngsø, Preben. Forsikringsavftaleloven med kommentarer. 4. utgave, København 1992.

Sørensen, Ivan. Forsikringsavftaleloven med kommentarer, København 2000.

Lov nr 129 av 15. april 1930 om forsikringsavtaler.